

Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека

АНОРМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

11-е издание



МАСТЕРА
ПСИХОЛОГИИ

R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka

ABNORMAL PSYCHOLOGY AND MODERN LIFE

Eleventh Edition

Allyn and Bacon

Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека

АНОРМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

11-е издание

Научный редактор перевода на русский язык доктор медицинских наук,
профессор Б. В. Овчинников



Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск
Киев · Харьков · Минск
2004

ББК 88.48
УДК 613.86
К26

Карсон Р., Батчер Дж., Минека С.

К26 Анормальная психология. — 11-е изд. — СПб.: Питер, 2004. — 1167 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).

ISBN 5-94723-308-8

Данная книга является динамичным, максимально доступным, компактным и в то же время исчерпывающим руководством как по классическим, так и по современным изысканиям в сфере анормальной психологии. Авторам удалось представить широкую панораму актуального сотояния данной области, избежав теоретической односторонности и крайних оценок. Многоаспектные, насыщенные конкретными фактами и наблюдениями характеристики психических расстройств; материалы широкомасштабных эпидемиологических исследований, дающих точное представление о психической заболеваемости населения, ее возрастных и половых особенностях; концепция защитных факторов, препятствующих возникновению патологии (наличие хотя бы одного чуткого родителя, успешная стресс-инокуляция и др.), — далеко не полный список бесспорных достоинств книги. Предлагаемое руководство, без всякого сомнения, послужит ценнейшим источником информации как для студентов и начинающих специалистов, так и для опытных профессионалов: психологов, психиатров, психотерапевтов, врачей, юристов, социальных работников.

ББК 88.48
УДК 613.86

ISBN 0-321-03430-9 (англ.)
ISBN 5-94723-308-8

Оглавление

Предисловие научного редактора

Настоящая книга представляет собой перевод 11-го издания (2000) руководства, написанного в 1948 году. Авторы книги — многоопытные и добросовестные специалисты: им удалось представить широкую панораму современного состояния клинической психологии в США, избежав при этом теоретической односторонности и чрезмерно резких оценок.

Отечественный читатель впервые получил возможность убедиться в близости взглядов американских и английских исследователей анормальной психологии, сравнив структуру и содержание настоящей книги с кратким руководством, написанным английским автором (*Холмс Д.* Анормальная психология. СПб.: Питер, 2003). Также представляет интерес сопоставление книги американских авторов с фундаментальным учебником по клинической психологии, подготовленным немецкоязычными авторами и недавно переведенным на русский язык (Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2002). Отметим, что этот учебник, написанный большим коллективом авторов, скорее напоминает энциклопедию или справочник, едва ли предназначенный для последовательной проработки. Руководство американских авторов в целом компактнее и более доступно для последовательного усвоения.

Следует коротко остановиться на основных терминах. Как известно, в нашей стране сосуществуют два близких термина: «медицинская психология», пришедший в первые десятилетия XX века из немецкой и французской медицины, и «клиническая психология», введенный в США в конце XIX века и недавно заимствованный нашей наукой. Новый для нас термин «анормальная психология» тоже кажется правомерным и укладывается в одну семантическую ячейку с предыдущими. Однако пристальный взгляд позволяет усмотреть иерархию этих терминов: *медицинская психология* — наиболее широкая область, включающая в себя, в частности, психологию медицинских работников и их разнообразных социальных отношений; *клиническая психология* описывает область деятельности клинических психологов как в рамках психиатрии, так и вне ее. Наконец, *анормальная психология* — это психология психических расстройств, что в отечественной традиции обозначается термином «патопсихология». Приведенные различия все же представляются несущественными, а все три используемых термина — примерно равнозначными. Считаем нужным попутно отметить, что между «нормальной» и «анормальной», «клинической» и «неклинической» психологией должно быть выделено некое переходное звено, изучающее трансформации гипотетических «прототипов расстройств» как обязательных компонентов нормальной психики в их клинические эквиваленты (нарушения, симптомы, расстройства, синдромы).

Анормальная психология в современной американской интерпретации производит глубокое впечатление, граничащее с восхищением. Чего стоят, например, широкомасштабные эпидемиологические исследования (например, NC6-94), дающие точное представление о психической заболеваемости населения, ее возрастных и половых особенностях! Если в Соединенных Штатах с их общественным здравоохранением и развитой сетью психологической помощи почти каждый второй взрослый затронут той или иной психопатологией, то что говорить о современной России, в которой доступность психологической помощи в 10–20 раз ниже, чем в США. Американские психологи, оказывая помощь населению, вместе с тем ведут интенсивную исследовательскую работу. Ни одно расстройство, хотя бы и весьма редкое, не осталось без их внимания. Многоаспектные, насыщенные конкретными фактами и наблюдениями характеристики отдельных психических расстройств и представляют, по нашему мнению, главную ценность данной книги. Ее авторы — профессиональные психологи, однако их высокая компетентность в биологических, клинико-психопатологических аспектах патологии, в вопросах фармакотерапии вызывает большое уважение. В связи с этим рискнем предположить, что не только отечественные психологи, но и психиатры смогут почерпнуть много нового и ценного из данной книги.

В качестве примеров хочется обратить внимание читателей на генезис асоциальных психопатий, прослеженный из раннего детства, на ключевую роль «свободно плавающей агрессии» в качестве «токсического ядра» ишемической болезни сердца, а возможно, и других психосоматических расстройств, на глубокую связь и взаимопроникновение тревожных и депрессивных расстройств. Большой интерес представляет концепция защитных факторов, препятствующих возникновению патологии (наличие хотя бы одного чуткого родителя, успешная стресс-инокуляция и др.).

На страницах книги развертывается полная драматизма картина «совладания» цивилизованного общества с многообразными «демонами» психических отклонений, одолевающими людей. Эта борьба проходит с переменным успехом, однако авторитет психологической науки неуклонно нарастает. Клиническая психология становится ведущей психологической дисциплиной. Возможно, что в недалеком будущем она окажется способной решать не только диагностические и лечебные, но и профилактические проблемы. Исследовательская работа в этой области делает лишь первые шаги.

Об этом, а также о многом другом заинтересованный читатель сможет узнать, прочитав данную книгу.

Б. В. Овчинников,
доктор медицинских наук,
профессор ВМедА

Предисловие

Многим из вас «Анормальная психология» может быть знакома как «колмановский» учебник, который вы читали в студенческие годы, когда изучали данную дисциплину. Это руководство служило введением в предмет анормальной психологии с 1948 года. Джеймс Колман стал автором его первого издания. В 1980 году Боб Карсон и Джим Батчер внесли дополнения, включили анализ новых фактов при работе над шестым изданием классического учебника; были отражены многие изменения, которые произошли в этой области за два последних десятилетия. В 1996 году к команде авторов присоединилась Сьюзен Минека, научно-исследовательский опыт которой помог создать наиболее глубокий по содержанию, изложенный в доступной форме учебник для сегодняшних студентов. С каждым изданием нас, как авторов, посещает чувство надежды, гордости, которые возникают наряду с ощущением большой ответственности. Это вызвано налагаемой необычной для учебника по анормальной психологии исторической особенностью: речь идет о руководстве, которое выдержало одиннадцать изданий и по которому обучалось больше студентов, чем по какому-либо другому учебнику.

Мы убеждены, что одиннадцатое издание — более полное, своевременное и динамичное, отражающее состояние рассматриваемой темы, чем в свое время было первое издание этой книги. Здесь мы столкнулись с дилеммой, обычной для многих авторов учебников по анормальной психологии: как, обеспечивая должную глубину и широту проблем, рассмотреть огромную область анормального поведения, одновременно сохраняя точность и краткость слога, сопровождая изложение современным иллюстративным материалом, и при этом уложиться в намеченный объем книги. Это требование всегда было трудным, но со временем становится сложнее из-за неизменно расширяющегося диапазона научных исследований, раскрывающих важные и возрастающие по экспоненте новые знания, которые должны быть ассимилированы развивающейся дисциплиной. Различные авторы и авторские команды по-своему справляются с этим изначальным конфликтом целей и, действуя так, с большим или меньшим успехом добиваются компромисса. Нашим решением было желание пожертвовать как можно меньшей долей содержания, одновременно стремясь к четкости изложения, большей ясности и доступности.

Целью настоящего издания было создание максимально доступного и в то же время исчерпывающего руководства, обеспечение студентам приятного знакомства как с классическими, так и современными изысканиями в данной области. Этой задаче служит ряд особенностей построения материала настоящего переработанного и исправленного издания.

ГЛАВА 1

Анормальная психология: общий обзор

Практически все мы испытываем хотя бы некоторый интерес к аномалиям поведения, и большинство читателей этого труда, наверное, хотя бы изредка напрямую сталкивалось с лицами, чье поведение они считали анормальным. Наше понимание анормального поведения может основываться, например, на уличной встрече с человеком, который возбужденно беседует при полном отсутствии какого бы то ни было явного слушателя. Нечто подобное мы осознаем при встрече со знакомым, которому пришлось пройти программу реабилитационного лечения от алкоголизма или наркомании. Другим примером может служить сосед, который боится выходить из дома, или спортсмен, которого пришлось госпитализировать из-за расстройства приема пищи. Из новостей мы узнаем о серийных убийствах и поражаемся тому, что кто-то мог совершить подобный поступок.

Таким образом, анормальное поведение является частью нашего обыденного опыта. И главная задача этой книги — помочь вам лучше разобраться в многообразии психологических проблем, которые может переживать любой из нас. Легко осудить пьяного человека, устроившего скандал на улице, или подростка, о котором создается впечатление, что он постоянно конфликтует с родителями, другими людьми. Совсем другое дело — понять их, попытаться разобраться, почему они ведут себя именно так, и эта задача обычно оказывается гораздо более трудной. Как вы увидите, одна из основных мыслей, вновь и вновь повторяющаяся на страницах этой книги, состоит в следующем: все люди разные, независимо от того, есть ли у них психологические проблемы, а влияния, оказываемые на них, сложны и разнообразны. Вот почему существует мало, если существует вообще, простых и ясных объяснений анормальностей поведения. Мы надеемся расширить ваши знания в этой области, чтобы при встрече с людьми, демонстрирующими анормальное поведение, при переживании своих трудных жизненных периодов вы были готовы поставить потенциально продуктивные вопросы о том, что происходит, вместо простого осуждения поведения или ошеломления, связанного с вашими собственными проблемами.

В этой главе кратко очерчены основные направления изучения анормальной психологии, описываются пути исследований, представлены некоторые формы тренинга, применяемые в процессе работы. В начале предлагаются варианты научного поиска определения и классификации анормального поведения, позволяющие профессионалам, работающим в данной сфере, обмениваться информацией о людях, за которыми они ведут наблюдение. Проблемы, которые при этом возни-

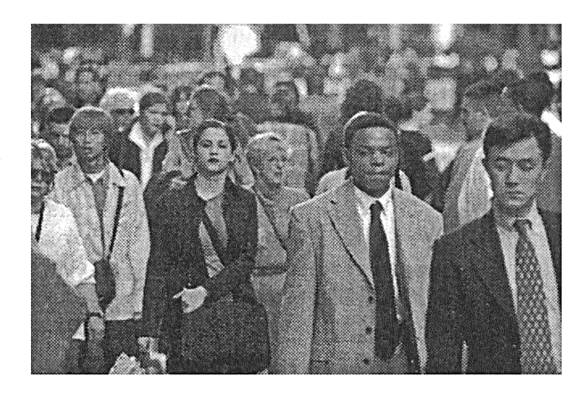
кают, наверное, гораздо сложнее и противоречивее, чем вы могли ожидать. Следующая далее информация касается вопросов определения степени поведенческих анормальностей в популяции в целом. Здесь также говорится о том, с помощью каких методов мы изучаем анормальное поведение. Данными методами пользуются психологи и другие профессионалы из области охраны психического здоровья, чтобы получить информацию, представленную в последующих главах книги.

Наконец, эта глава должна помочь вам составить впечатление о предмете анормальной психологии как о захватывающей работе, которая еще находится в стадии становления. Это не занятие для тех, кто желает иметь дело лишь с голыми, четкими фактами.

Как вы увидите в процессе чтения учебника, простые факты сами по себе, например участие в отдельном расстройстве генетических факторов, не всегда порождают достаточно полезные выводы. Человеческое поведение поражает воображение в силу своей сложной организации, и это не менее справедливо в отношении тех, кто в настоящую секунду имеет психологические проблемы. Предметом наших поисков часто являются паттерны среди ряда простых фактов, предстающих перед нами, но даже такого уровня инсайт иногда бывает недостижим. По этой причине каждая глава данной книги завершается разделом «Неразрешенные проблемы» с целью ознакомить вас с вопросами, над которыми люди, занятые в этой области, — психологи, социальные работники, психиатры и другие профессионалы из сферы охраны психического здоровья — работают, желая прийти к ясности и пониманию в каждом конкретном случае.

Давайте начнем с рассмотрения трех случаев из нашей картотеки: людей, с которыми нам приходилось иметь дело в клинической практике. Мы даем описание проблемного поведения с небольшими изменениями для соблюдения анонимности. По ходу учебника будут конкретизироваться различные вопросы и возможные ответы, порождаемые подобными формами поведения.

Разбор случая: суицид. Альберт Г., 62-летний профессор маленького колледжа на Среднем Западе, пользовался колоссальной популярностью и уважением у всех, кто его знал. Студенты стекались в его аудитории; его коллеги обращались к нему за консультациями и научными суждениями; он сам, когда было настроение, писал с исключительной прозорливостью и необычайным беспристрастием. Почему же при такой



Эти преимущественно «нормальные» люди, пересекающие нью-йоркский перекресток, составляют чрезвычайно разнородную группу, несмотря на общую ситуацию, которую они разделяют. Не менее разными в своих реакциях на различные влияния оказываются люди с психологическими проблемами.

славе и очевидном успехе он покончил с собой, пав жертвой глубокого личного отчаяния? Он жил очень упорядоченной и честной жизнью, его всегда заботило стороннее мнение о себе. Хотя у него не было семьи, он имел несколько близких друзей, и тем не менее никто не знал о состоянии, со всей очевидностью переживаемом им. Его окружение, даже самые близкие товарищи, не подозревали о глубине испытываемых им чувств. Всех окружающих его самоубийство поразило тем, что существовали сильные психологические причины, способные заставить такого внешне хорошо приспособленного человека, каким был Альберт, свести счеты с жизнью.

Разбор случая: алкоголь разбивает жизнь. Сью Д., 38-летняя поверенная, призналась перед своей лечебной группой в том, что она не знает, сколь долго продолжалась ее зависимость от алкоголя и транквилизаторов. Она с болью осознала эти проблемы однажды вечером, когда отправилась пообедать с друзьями и после задержалась, чтобы выпить в баре ресторана. Она выпила гораздо больше, чем намеревалась (как часто и бывало), и вступила в ожесточенную перепалку с другими посетителями и управляющим баром. Сью рассказала, как накалялась ситуация. Она бросалась разными предметами. Вызвали полицию. Ее арестовали за нахождение в пьяном виде в общественном месте и оскорбление полицейских. Затем полиция препроводила ее в дезинтоксикационный центр при больнице графства, той самой, где она работала главным консультантом от своей юридической фирмы. Сью рассказала группе, что больничный администратор был поражен, а партнеры из юридической фирмы — возмущены и приведены в замешательство. Сью поставили перед выбором: либо покинуть фирму, либо пройти курс лечения; сделав выбор, она начала новый этап своей жизни. Сью приступила к программе лечения и пыталась понять, как же получилось, что ее жизнь рухнула таким ужасающим образом.

Разбор случая: голоса, донимавшие Дональда Г. Дональду Г. было 33 года, когда одному из нас пришлось иметь с ним дело по долгу службы. Он, хотя обладал сравнительно высоким интеллектом, никогда не задерживался на одном и том же рабочем месте дольше, чем на несколько дней. В настоящее время содержится на попечении в коммунитарном заведении — за исключением коротких, но частых периодов повторной госпитализации, вызванной тем, что у него бывают случаи выраженной ажитации, когда он слышит голоса, высказывающие в его адрес оскорбительные и бранные замечания. Дональд выглядел неуклюжим, умеренно неадекватным при ведении разговоров общего содержания и болезненно неуверенным в себе в большинстве социальных ситуаций. Голоса появились совершенно внезапно, без всякого явного повода, в возрасте 17 лет после короткого периода социальной отрешенности. В то время он упорно настаивал, что голоса, движимые враждебными намерениями, исходили из дома соседа и электронным путем передавались дикторам в домашнем телевизоре. Недавно он признал, что каким-то образом производит их внутри себя самого. В периоды ухудшения можно было слышать, как он ожесточенно спорит с голосами, но теперь он большую часть времени мог их игнорировать, хотя, по его словам, они никогда не исчезали на сколь-нибудь продолжительное время.

До болезни Дональд жил относительно нормальной жизнью представителя среднего класса, пользовался заслуженной популярностью у сверстников, в школе переходил из класса в класс и обнаруживал значительные успехи в спорте. Однако его родители и учителя часто жаловались на то, что он выглядел невнимательным и погруженным в себя. Нет никаких указаний на то, что он когда-либо употреблял наркотики. Прогноз для Дональда (вероятность того, что его функционирование когда-нибудь восстановится в полной мере) был определен лечившими его профессионалами как «трудно прогнозируемый».

К несчастью, ни одно из внешне незаметных поведенческих искажений, описанных в этих примерах, воплощающих признанные паттерны девиантности, нельзя считать редкостью. Как будет видно из этой и последующей глав, нет недостатка в идеях, пытающихся дать им объяснение. Некоторые из этих идей видятся перспективными, имеют серьезное научное подтверждение, другие остаются непроверенными. В анормальном поведении и психическом дистрессе остается много необъяснимого, поэтому другой важной задачей этой книги является попытка научить вас различать уровень качества данных, подкрепляющих возникшие предположения. Однако в первую очередь мы должны остановиться на изначальной проблеме определения области, выступающей предметом нашего изучения.

Что мы понимаем под анормальным поведением?

Для оценки, лечения и профилактики анормального поведения важно разработать определения нормального и анормального, а также уточнить критерии отличия одного от другого. К сожалению, часто, к удивлению новичков в данной области, провести такие формальные разграничения далеко не просто, и это процедура осложняется наличием множества концептуальных сложностей. Слово «анормальное» буквально означает «далекое от нормального»; однако, заметьте, что мы обычно не пользуемся этим термином, когда говорим о высококлассных действиях, которые лучше нормальной деятельности, превосходят ее. В учебниках по анормальной психологии редко, если вообще когда-либо, рассматривается гениальность, но умственная отсталость — почти всегда. Мы, таким образом, уже столкнулись с *оценочным* суждением, тем, что неизбежно будет оказывать влияние на обсуждение нами данных проблем.

Даже там, где мы пытаемся оставить суждения в «субнормальном» диапазоне, мы подразумеваем от-

Почти невероятные навыки, которые демонстрируют профессиональные спортсмены, в буквальном и статистическом смысле глубоко «анормальны». Тем не менее мы не рассматриваем их в составе анормальной психологии, поскольку эта область занимается главным образом нежелательными поведенческими отклонениями.

клонение от некоторой конкретной нормы. Но что есть норма? В случае физического недуга норма есть целостность организма как работоспособной биологической системы; здесь границы между нормой и патологией обычно (но не всегда) бывают четкими: в любой отдельный момент времени человек либо здоров, либо нет.

Однако в отношении психического расстройства у нас нет идеальной, хотя бы универсальной «нормальной» модели психического и поведенческого функционирования человека, которую мы могли бы использовать в качестве основы для сравнения. Поэтому мы испытываем замешательство, вступаем в значительные разногласия насчет того, что считать, а что не считать нормальным — замешательство, усугубляемое различиями ценностей и ожиданий в обществе в целом. Всего лишь 25 лет назад в нашей культуре ношение сережек мужчинами неизменно вызывало сомнения в их психическом здоровье; нынче же такие украшения совершенно обычны.

Проблемы определения

Почти все, что мы расцениваем в поведении как «анормальное», мы также считаем и *нежелательным*. С точки зрения политической демократии у общества нет «права» лечить или стремиться изменить другими способами анормальное поведение до тех пор, пока оно не будет определено как нежелательное, то есть противоречащее общественным интересам. По мере дальнейшего знакомства с настоящим руководством, в увидете, что при любой попытке очертить границы данной области всегда будут возникать проблема ценностей и связанная с ней проблема поддержания *объективной* точки зрения.

Несмотря на очевидные трудности, вызванные отсутствием четких определений, потребность в согласованном понимании сущности анормальности в некоторых контекстах весьма настоятельна. Например, это касается юридической практики; вопросов, связанных со сферой действия медицинского страхования; клинических решений насчет проведения или непроведения лечения, а также написания учебников по анормальной психологии. Иными словами, мы нуждаемся в каком-то рабочем определении предмета, который находится в центре нашего внимания. В последние десятилетия такие термины, как «поведенческая анормальность», «психическое расстройство» и «психическое заболевание», стали объединяться, из-за чего «анормальность» сделалась функциональным эквивалентом всех этих понятий. В результате возникла тенденция относить ее к *медицинским* проблемам. Однако, как мы увидим, *психические расстройства* по большей части лишь приблизительные аналоги соматических заболеваний в их обычном понимании.

Определение психического расстройства в *DSM-IV*

Золотым эталоном для определения психического расстройства и его подклассов стало «Руководство по диагностике и статистике психических расстройств» *(DSM)* Американской ассоциации психиатров, которое в 1994 году вышло в своей четвертой редакции (*DSM-IV*). Ниже приводится определение психического расстройства, данное в *DSM-IV*:

> [Психическим расстройством] считается клинически значимый поведенческий синдром или паттерн, который возникает у индивида и связан с имеющимся дистрессом (болезненным симптомом), или недееспособностью

> (нарушением в одной или нескольких сферах функционирования), или значительным риском смертельного исхода, болью, актуальной утратой свободы. Кроме того, этот симптом или паттерн не должен быть ожидаемой и культурно санкционированной реакцией на конкретное событие, например смерть близкого человека. Независимо от своей первоначальной причины он должен в настоящее время быть проявлением поведенческой, психологической или биологической дисфункции индивида. Ни девиантное поведение (например, политическое, религиозное или сексуальное), ни конфликты, определенным образом возникающие между индивидом и обществом, не являются психическими расстройствами, если только отклонение или конфликт не оказываются симптомом дисфункции индивида, как описано выше (American Psychiatric Association, 1994, pp. xxi-xxii).

Термин **«синдром»** обозначает группу клинических признаков, или симптомов, имеющих тенденцию к одновременному проявлению. Например, чувства уныния, пониженного самоуважения и поглощенности негативными мыслями — важные составные части депрессивного синдрома.

Примечательной особенностью этого определения психического расстройства, данного в *DSM*, служит то, что оно не затрагивает его причин. Кроме того, из него полностью исключены, среди прочего, другие определенные виды сомнительного поведения, которые культурно санкционированы, например (депрессивная) печаль после смерти значимого лица. В то же время подчеркивается, что психические расстройства всегда являются продуктами «дисфункций», которые, в свою очередь, всегда присутствуют у индивидов. Другими словами, групп, страдающих психическими расстройствами, не существует, хотя такое понятие можно при наличии должного обоснования применять в случаях, когда значительная часть членов группы *в индивидуальном порядке* квалифицируется как обладающая таковыми.

Несмотря на то что определение психического расстройства, данное в *DSM*, получило широкое признание, оно ни в коем случае не осталось неоспоренным. Ценностные суждения, содержащиеся в таких понятиях, как *дистресс, недееспособность* и *повышенный риск*, равно как и необходимость определить термин *дисфункция*, подавались как недостатки определения, которое многими профессионалами расценивалось как неоправданно уклончивое и громоздкое. Психолог Джером Уэйкфилд, к примеру, предложил сократить определение до его простейших понятий:

> Психическое расстройство есть состояние психики, которое: а) причиняет значительный дистресс или приводит к недееспособности, б) не представляет собой простую ожидаемую реакцию на отдельное событие и в) является выражением психической дисфункции (Wakefield, 1992a, p. 235).

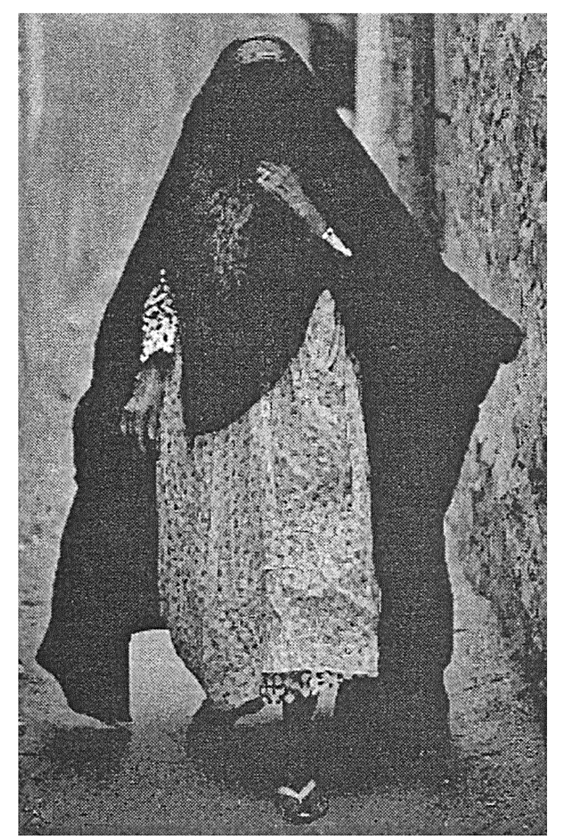
Более пристально мы рассмотрим эти вопросы в разделе «Неразрешенные проблемы», расположенном в конце данной главы. При окончательном анализе, как вы могли уже предположить, любое определение анормальности или психического расстройства обязано быть в чем-то произвольным, и определение, данное в *DSM-IV*, не исключение. Тем не менее в предпринятых попытках определения

приходилось учитывать также, что понятие анормального поведения в известной степени предопределено культурой.

Культурные влияния в анормальности

Понятия нормального и анормального трудно рассматривать без учета конкретной культуры: анормальное поведение есть поведение, отклоняющееся от норм общества, в котором оно осуществляется (см., например, Gorenstein, 1992; Sarbin, 1997; Scheff, 1984; Ullmann & Krasner, 1975). Несмотря на то что социальный и культурный контексты несомненно важны, в своем крайнем варианте эта позиция приводит к ложному выводу. Например, комендант нацистского концентрационного лагеря образца 1940-х годов поступал «нормально», отдавая приказы и лично руководя хладнокровными убийствами десятков тысяч мужчин, женщин и детей, принадлежавших к группе, презираемой официальной властью. Фактически если занять такую позицию, то действия в защиту жертв, вроде действий Оскара Шиндлера, включавшего в свой знаменитый «список» евреев, которых предполагалось избавить от газовых камер и крематория, могли бы считаться как патологические, представляющие опасность для лица, их предпринимающего.

Определенные дикие, опасные и, по всей видимости, неконтролируемые действия, почти повсеместно считаются продуктом психического расстройства или его культурного эквивалента (например, одержимостью духами). Но, за исключением этого сравнительно редкого феномена, в различных культурах трудно достичь согласия в том, что считать «анормальным». Поэтому, невзирая на признание важности культурного контекста, включая господствующие социальные нормы, при попытках понять поведение, желательно также занять более твердую позицию в отношении того, что считать в поведении анормальным или нарушенным.



То, что считается анормальным или девиантным поведением в одном обществе, в другом может восприниматься совершенно нормально. Мы можем полагать анормальным стиль одежды арабской женщины, но в ее обществе это норма. То, что мы видим нормальным, не обязательно будет нормальным для всех и каждого.

Хотя любое определение анормальности наверняка будет подразумевать ценностный выбор, наверное, лучше, чтобы он, с учетом всех факторов, был открытым, а не тайно встроен в широко варьирующие нормы различных культур.

Психическое расстройство как дезадаптивное поведение

Хотя для общественной жизни существенна некоторая доля социальной конформности, мы полагаем, что лучшим критерием нормальности поведения является не простое принятие его обществом, а оценка последствия этих действий: повышают они индивидуальное и коллективное благополучие или несут ему угрозу. С этой точки зрения **анормальное поведение** *дезадаптивно*. Даже то поведение, которое строго соответствует современным социальным нормам, анормально и связано с психическим расстройством, если серьезно препятствует функционированию и оказывается ущербным по своим последствиям.

Согласно вышеприведенным соображениям, а также общим целям данного руководства, *мы определяем поведение как анормальное, как проявление психического расстройства, если оно одновременно является устойчивым и в значительной степени противодействующим продолжительному благополучию индивида и/или того человеческого сообщества, членом которого он состоит.* Это «рабочее определение», несомненно, содержит откровенное ценностное суждение, которое привязывает определение психического расстройства к устойчивому проявлению поведения, приводящему к пагубным последствиям для индивида и/или окружающих.

Анормальность, или расстройство, поведения, определенное в таком ключе, включает в себя более традиционные категории психических расстройств, например алкоголизм и шизофрению. Сюда можно отнести и самодеструктивные разновидности поведения, создающие поддельную «идентичность», наращивание межгрупповой враждебности, деструктивные покушения на окружающую среду, в которой все мы живем, иррациональное насилие и политическую коррупцию. Эти действия производятся независимо от того, порицаются или поощряются они данным конкретным обществом или субкультурой. Все вышеперечисленное олицетворяет дизадаптивное поведение, которое нарушает индивидуальное или коллективное благополучие. Обычно рано или поздно это приводит к дистрессу тех, кого привлекали временные или иллюзорные выгоды таких действий, и часто порождает деструктивные групповые конфликты.

Классификация анормального поведения

Классификация важна в любой науке: изучаем ли мы химические элементы, растения, планеты или людей. При наличии согласованной классификационной системы мы можем быть уверены в том, что нашему общению присуща ясность. Если кто-то говорит вам, что видит собаку, бегущую по улице, то вы, наверное, не видя ее, сумеете вызвать мысленный образ, в своих общих чертах приближающийся к наружности этой собаки, с помощью вашего знания классификации животных. Конечно, есть много пород собак, которые значительно отличаются друг от друга размерами, окраской, формой головы, и все-таки нам нетрудно распознать основные черты «собачности». «Собачность» есть пример того, что психологи называют когнитивным прототипом или паттерном, о котором мы скажем ниже.

В анормальной психологии классификация подразумевает попытку очертить смысловые контуры всего многообразия дизадаптивного поведения. Как и определение анормального поведения, классификация есть в некотором роде необходимый первый шаг к внесению порядка в наше обсуждение природы, причин и лечения подобного поведения. Она призвана сделать возможным обмен информацией об отдельных видах анормального поведения в согласованной и относительно точной манере. Например, мы не можем исследовать возможные причины расстройств питания до тех пор, пока не дадим более или менее четкого определения изучаемого поведения; в противном случае мы не сможем отобрать для интенсивного наблюдения лиц, чье поведение обнаруживает аберрантные паттерны питания, которые мы рассчитываем изучить. Есть и другие причины необходимости диагностической классификации, такие как сбор статистических данных о распространенности разнообразных типов расстройства, удовлетворение запросов медицинских страховых компаний (которые настаивают на том, чтобы у них были формальные диагнозы, прежде чем они санкционируют оплату претензий).

Не забывайте о том, что всякая классификация, как и процесс определения самой анормальности, — это продукт человеческого ума. Можно сказать, что она представляет собой обобщение проведенных наблюдений. Даже когда наблюдения точны и тщательно организованы, обобщения, которых мы достигаем, выходят за их рамки и, как можно надеяться, позволяют нам сделать выводы об основополагающих сходствах и различиях изучаемых явлений. Например, людям свойственно переживать паническое состояние, сопровождаемое чувством, будто они сейчас умрут. Когда понятие «паники» тщательно очерчено, мы обнаруживаем, что в действительности она не связана ни с каким возросшим риском смерти. Однако люди, переживающие подобные эпизоды, иначе воспринимают их, например, после недавнего переживания высокострессогенных событий.

Для классификационной системы нет ничего необычного в том, чтобы постоянно находиться в процессе развития, ибо новые знания показывают, что прежнее обобщение было неполным или некорректным. Именно так случалось в многочисленных эпизодах истории анормальной психологии, и мы не сомневаемся, что в будущем понадобятся дополнительные исправления. Важно помнить и то, что официальная классификация успешно вырабатывается лишь через точные техники психологической и клинической оценки, которые с течением времени обновляются все чаще и чаще. Мы приводим пример этих техник в следующем разделе, а более подробно обсуждаем их в главе 15 после того, как внимательно рассмотрим разновидности анормального поведения, уже классифицированные с помощью применения этих методов наблюдения.

Надежность и валидность

Качество предложенной системы классификации во многом определяется степенью ее надежности и валидности. **Надежность** отражает точность измерения, то есть частоту получения одинаковых результатов при измерении одного и того же параметра. Если ваши весы показывают разные значения каждый раз, когда вы пользуетесь ими через короткий промежуток времени, то такое измерение вашего веса можно счесть совершенно ненадежным. По отношению к классификации на-

дежность представляет собой частоту выработки общего мнения разными наблюдателями о соответствии поведения человека определенному диагностическому состоянию. Если наблюдатели не могут прийти к согласию, это может означать, что критерии классификации недостаточно точны, чтобы определить наличие или отсутствие предполагаемого расстройства.

Система классификации должна быть также *валидной*. **Валидность** указывает, насколько хорошо измеряется изучаемый параметр посредством данного метода. Если речь идет о классификационной системе, то валидность определяется уровнем безошибочного выявления с ее помощью нечто клинически важного в отношении человека, поведение которого говорит о наличии признаков конкретного заболевания, например позволяет нам сделать прогноз о дальнейшем течении расстройства. Если у пациента диагностирована шизофрения, как это было с Дональдом Г., то мы должны быть в состоянии определить посредством этой классификации некие вполне четкие особенности, отличающие его от других людей, считающихся нормальными, или от тех, кто страдает иными разновидностями психических расстройств. Так, диагноз «шизофрения» подразумевает расстройство с необычно упорным течением, для которого характерны рецидивы.

Как правило, валидность предполагает надежность. Если клиницисты не могут прийти к согласию в оценке состояния больного человека, то вопрос о валидности диагностических классификаций, представленных к рассмотрению, становится иррелевантным. Другими словами, если мы не можем определить заболевание пациента, то любая полезная информация, содержащаяся в описании каждого конкретного диагноза, для нас малоценна. С другой стороны, высокая надежность не гарантирует достаточный уровень валидности. Например, является ли человек правшой, левшой или обладает способностью с одинаковым успехом пользоваться обеими руками, можно оценить с достаточно высокой степенью надежности. Однако такие характеристики не могут быть безошибочными показателями ни психического здоровья, ни прочих бесчисленных поведенческих состояний; это означает, что они не валидны по отношению к данным качествам, хотя могут объяснять успехи в определенных ситуациях при игре в бейсбол. Похожим образом *четкое* отнесение поведения индивида к отдельному классу психических расстройств оказывается полезным лишь в той степени, в которой исследования установили валидность этого класса. С понятиями надежности и валидности мы встретимся снова в разделе «Неразрешенные проблемы», а также при обсуждении в главе 15 специализированных техник психологической оценки.

Различные модели классификации

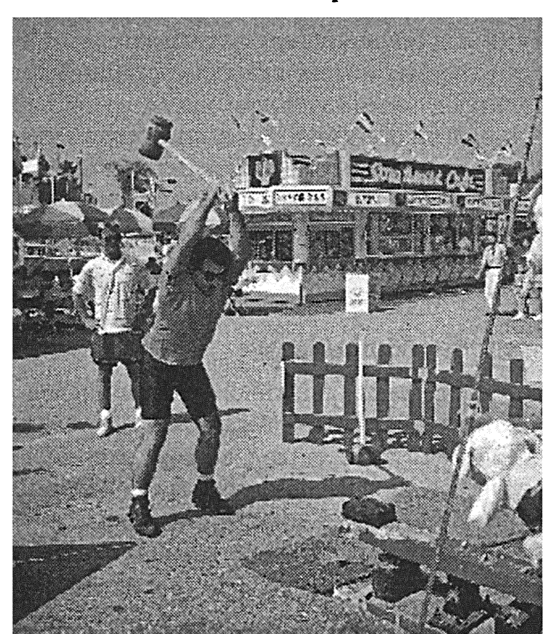
Три основных подхода, используемых при классификации анормального поведения: категориальный, многомерный и прототипический (Widiger & Frances, 1985). *Категориальный* подход, аналогичный системе диагностики общемедицинской патологии, основан на том, что: 1) все человеческое поведение можно подразделить на категории здорового и нездорового и 2) в рамках последнего существуют отдельные, не пересекающиеся классы, или типы расстройств, обладающие высокой внутриклассовой гомогенностью как в проявляемых «симптомах», так и в основной структуре идентифицированного расстройства.

Многомерный подход

Многомерный и прототипический подходы фундаментально различаются в предпосылках, из которых они исходят, особенно в отношении к требованию об отдельных и внутренне гомогенных классах поведения. В рамках многомерного подхода обычное поведение человека рассматривается как продукт распределения сил или активации поведения по нескольким определенным направлениям, таким как настроение, эмоциональная стабильность, агрессивность, гендерная идентичность, тревожность, межличностное доверие, ясность мышления и коммуникации, социальная интроверсия и так далее.

Необходимо, чтобы установленные значения основных показателей были едины для всех исследований, носили универсальный характер. Согласно этой концепции, люди отличаются друг от друга особенностями построения или выраженностью данных черт (значение каждой из них может варьировать в диапазоне от очень слабого до очень сильного), а не с точки зрения соответствия поведенческих характеристик «дисфункциональному» целому, предположительно лежащему в основе и дающему толчок расстроенному паттерну поведения. Таким образом, нормальное от анормального можно отличить при помощи четких статистических критериев, применяемых к различным условиям в стандартных жизненных ситуациях с обыкновенными людьми, большинство из которых предположительно соответствует среднему или психически «нормальному» состоянию. Мы можем решить, например, что «анормальными» показателями будут данные несколько выше девяносто седьмого нормативного процентиля по *агрессивности* и несколько ниже третьего нормативного процентиля по *общительности*.

При диагнозе, установленном на основе большого числа данных, необходима возможность точного выбора методов лечения. Поскольку обычно профиль психологических характеристик пациента содержит ненормально высокие и низкие показатели, постольку терапия может предусматривать снижение значений тех из них, что отличаются высокой степенью выраженности (например, тревоги), и усиление недостаточно выраженных (например, низкой самоассертивности).



Даже в случае, когда тест обладает высоким уровнем надежности, то есть вновь и вновь приводит к одним и тем же результатам, он может не представлять информации об интересующих нас характеристиках. Например, данный тест, определяющий силовые показатели, может быть более надежным, чем в других двух случаях, но не давать валидной оценки силы рук.

При изучении большого объема данных, возможно, обнаружится, что такие профили можно объединить в типы, а некоторые из этих типов соотносятся, хотя и не до конца, с узнаваемыми разновидностями таких значимых нарушений, как тревожные расстройства или депрессия. Однако крайне маловероятно, чтобы какой-либо профиль индивида в точности соответствовал узко определенному типу или чтобы идентифицированные типы не обладали никакими общими признаками. Теперь мы можем перейти к рассмотрению прототипического подхода.

Прототипический подход

Прототип (в том смысле слова, в котором оно здесь употреблено) есть концептуальное целое, отображающее идеализированную комбинацию характеристик, которые более или менее регулярно проявляются совместно и фиксируются при помощи фактического наблюдения. Данное проявление несовершенно, характеризуется неполным соответствием установленным нормам. Вспомните вышеприведенный пример прототипа «собачности». Прототипы, как показывает этот пример, фактически являются частью наших обыденных переживаний и мышления. Мы можем немедленно вызвать перед нашим умственным взором образ собаки, одновременно признавая, что никогда не видели и никогда не увидим двух абсолютно одинаковых собак. Таким образом, ни один член прототипически определенной группы не может на деле обладать всеми характеристиками определенного прототипа, хотя у него будут в наличии хотя бы некоторые основные. Кроме того, некоторыми общими характеристиками могут обладать и различные прототипы, например, как и у собак, у многих других животных тоже есть хвосты.

Как мы увидим, существующие диагностические критерии для выявления определенных видов психических расстройств хотя и предназначаются эксплицитно для создания различных систем их классификации, как правило, не приводят к появлению прототипических классификаций. Главные признаки разнообразных идентифицированных расстройств зачастую оказываются несколько расплывчатыми, так же как и границы, призванные отделять одно расстройство от другого. Многие данные говорят о том, что строгий категориальный подход к идентификации различий между типами нормального и анормального поведения человека может оказаться недостижимой целью (например, Carson, 1996; Lillienfeld & Marino, 1995). Учет данного предположения поможет нам по мере того, как мы будем двигаться дальше, избежать некоторых возможных затруднений диагностики заболеваний. Например, мы часто обнаруживаем, что два или более идентифицированных расстройства у одного и того же больного постоянно возникают совместно, — ситуация, известная как **коморбидность**. Действительно ли это означает, что такой человек страдает несколькими абсолютно разными и самостоятельными расстройствами? В типичных случаях, наверное, нет.

DSM-классификация психических расстройств

Вам уже было представлено «Руководство по диагностике и статистике психических расстройств» (*DSM*). Сейчас мы возвращаемся к нему, потому что в нем, помимо попытки определения понятия «психические расстройства», конкретизируется, какие их подтипы в настоящее время официально признаны, и предлагается

набор определяющих критериев для каждого из них. Как уже отмечалось, предполагалось создание категориальной системы, имеющей четкие границы, отделяющие одно расстройство от другого. Однако на практике она — прототипическая, со значительным смешением границ, размытой интерпретацией различных «категорий» расстройств, которые она идентифицирует.

Критерии, которые определяют различные категории расстройств, большей частью состоят из симптомов и признаков. **Симптомами** обычно называются субъективные описания, даваемые пациентом, и жалобы, которые он предъявляет в связи со своим недугом. **Признаки**, с другой стороны, относятся к объективным наблюдениям диагноста, которые тот может проводить либо прямо (например, неспособность посмотреть другому человеку в глаза), либо косвенно (например, результаты соответствующих тестов, проведенных психологом-экспертом). Для постановки конкретного диагноза необходимо зафиксировать соответствие расстройства определенным критериям — симптомам и признакам, призванным подтвердить этот диагноз.

Эволюция *DSM*

Как мы видели, *DSM* в настоящее время существует в своей четвертой редакции (*DSM-IV*), и эта версия была опубликована в мае 1994 года как результат сорокалетних исследований, на протяжении которых вносились исправления, уточнялись идентификация и описание психических расстройств. Первое издание руководства (*DSM-I*) появилось в 1952 году и было главным образом результатом попыток стандартизировать диагностические методы в процессе борьбы с широко распространенными психическими срывами у военных в годы Второй мировой войны. *DSM-II*, изданная в 1968 году, отразила дополнительные сведения, накопившиеся благодаря перспективным исследованиям в области психического здоровья, спонсором которых стало федеральное правительство. В дальнейшем было признано, что недостатком первых изданий было описание разнообразных идентифицированных типов расстройств в повествовательном ключе, а изложение перегружено специальными терминами и поэтому было слишком расплывчатым, чтобы профессионалы, работавшие в сфере охраны психического здоровья, могли прийти к единому мнению о значении использованных выражений. Это привело к резкому снижению диагностической надежности классификации; в случае, если два специалиста изучали одного и того же пациента, у них могло сложиться совершенно разное впечатление о характере его расстройства.

Чтобы найти решение этой сложной клинической и научной проблемы, в *DSM-III*, вышедшей в свет в 1980 году, был представлен радикально иной подход, призванный, насколько возможно, устранить из диагностического процесса элемент субъективного суждения. Для этого был использован «операциональный» метод определения различных расстройств, который должен был получить официальное признание. Данное новшество означало, что в системе *DSM* отныне будут представлены точные наблюдения, которые должны быть сделаны для применения конкретного диагностического ярлыка. Обычно перед постановкой правильного диагноза необходимо было представить определенное число признаков и симптомов из специально составленного списка. Новый подход, предложенный в версиях *DSM-III*

(*DSM-III-R*) и в *DSM-IV*, изданных соответственно в 1987 и 1994 годах, с большой степенью вероятности повысил диагностическую надежность. До сих пор вызывает споры вопрос, достаточным ли было это улучшение для той роли, которую должна играть диагностическая система как в клинической, так и в исследовательской сферах (см., например, Kirk & Kutchins, 1992). В качестве примера операционального подхода к диагнозу в табл. 1.1 воспроизводятся диагностические критерии *расстройства соматизации*, представленные в *DSM-IV*.

Таблица 1.1

Диагностические критерии расстройства в виде соматизации, представленные в *DSM-IV*

А. Многочисленные физические жалобы в анамнезе, появившиеся до наступления 30-летнего возраста, которые отмечались на протяжении нескольких лет, привели к необходимости врачебного вмешательства или значительному нарушению социальной, профессиональной и других важных областей функционирования.

Б. Должен быть удовлетворен каждый из следующих критериев при условии, что индивидуальные симптомы возникают в любой период развития дисфункции.

1. *Четыре болевых симптома:* в анамнезе — боль, затрагивающая по меньшей мере четыре различных участка или функции (например, голову, живот, спину, суставы, конечности, грудную клетку, прямую кишку, во время менструаций, полового акта или при мочеиспускании).
2. *Два гастроинтестинальных симптома:* в анамнезе по меньшей мере два гастроинтестинальных симптома, отличающихся от боли (например, тошнота, метеоризм, рвота, отличная от рвоты беременных, диарея или непереносимость нескольких разных пищевых продуктов).
3. *Один сексуальный симптом:* в анамнезе — хотя бы один сексуальный или репродуктивный симптом, отличный от боли (например, сексуальное безразличие, эректильная или эякуляторная дисфункция, нерегулярные месячные, избыточное менструальное кровотечение, рвота на протяжении беременности).
4. *Один псевдоневрологический симптом:* в анамнезе — хотя бы один симптом или дефект, позволяющий заподозрить неврологическое состояние, не ограниченное болью (конверсионные симптомы, например нарушенная координация или равновесие; паралич или локализованная слабость; затрудненное глотание или ком в горле; афония, задержка мочи, галлюцинации, потеря болевой или тактильной чувствительности, двоение в глазах, слепота, глухота, припадки, диссоциативные симптомы, такие как амнезия или утрата сознания, отличная от обмороков).

В. Либо пункт 1, либо пункт 2.

1. После надлежащего обследования ни один из симптомов критерия Б не удается в полной мере объяснить известным общесоматическим состоянием или прямым воздействием химических веществ (например, наркотика, медикаментозного препарата).
2. При наличии соответствующего общесоматического состояния физические жалобы или совокупность социальных, профессиональных нарушений превосходят то, что можно было ожидать, исходя из анамнеза, физического обследования или лабораторных данных.

Г. Симптомы не предъявляются преднамеренно и не симулируются (как это бывает при искусственном расстройстве или симуляции).

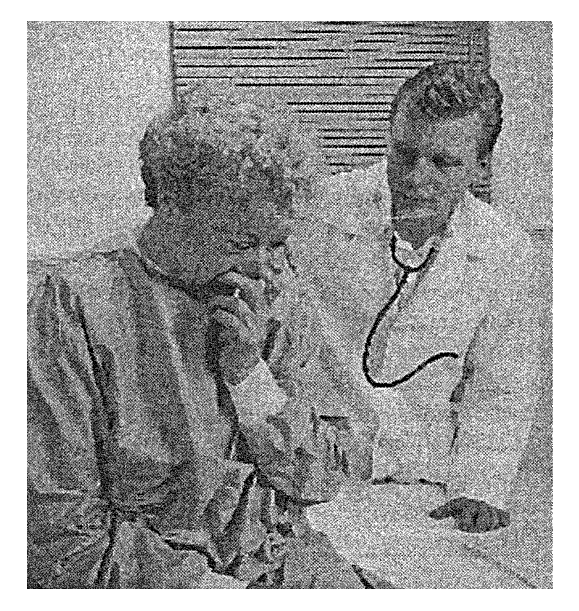
Источник: American Psychiatric Association, 1994, pp. 449–450.

За период, прошедший от издания *DSM-I* до *DSM-IV*, количество официально признанных психических расстройств неимоверно выросло благодаря как добавлению новых диагнозов, так и детализации старых. Поскольку психика американцев вряд ли претерпела столь глубокие изменения за истекшее время, разумнее предположить, что профессионалы, работающие в сфере охраны психического здоровья, рассматривают свою область в ином свете, чем делали это 40 лет назад. Теперь она расширена и более тонко дифференцирована, что способствовало выявлению большого числа подтипов различных расстройств.

Ограничения классификации *DSM*

Как уже отмечалось, существуют определенные границы, в пределах которых концептуально строгая категориальная система способна адекватно интерпретировать анормальности поведения человека. Проблемы реальных пациентов часто не укладываются в педантичные перечни признаков и симптомов, лежащих в основе современных достижений *DSM*. Что нам делать, к примеру, с больным, который удовлетворяет трем критериям отдельного диагноза, тогда как минимальный порог для его постановки — четыре критерия В действительности, как видно из табл. 1.1, для постановки диагноза *расстройство соматизации* у пациента необходимо обнаружить как минимум четыре разновидности болевых симптомов; как быть, если он сообщит лишь о трех, но будет удовлетворять всем прочим критериям этого диагноза? Одним из последствий ужесточения критериев в *DSM-IV* является то, что некоторые разновидности анормального поведения можно причислить к неопределенным (выходящим за рамки данной классификации) или резидуальным категориям, как это происходит, например, с *соматоформным расстройством, не уточненным иначе* (*NOS*). В этих случаях страдает валидность, так как столь широкая категория лишь смутно подсказывает, какого рода расстройства входят в ее состав.

В клинической практике расстройства, которыми люди страдают в действительности, зачастую дифференцированы не столь тонко, сколь это свойственно решетке *DSM*, с которой их следует соотносить. Несомненно, более тонкая дифференциация приводит к появлению



Многие клинические ситуации требуют быстрого определения основных аспектов возникшей проблемы, так же как и оценки любого возможного риска (например, суицида). Диагностические справочники помогают клиницистам выносить такие суждения.

все бóльших и бóльших общепризнанных типов расстройств. Мы считаем, что часто непреднамеренным результатом попытки добиться максимального согласия между диагностами оказывается принесение валидности в жертву надежности, в чем мало смысла. Например, присутствие у пациента тревоги и депрессии чрезвычайно распространено в клинической практике, и они, как правило, во многом связаны друг с другом (демонстрируют корреляцию), так же как и в содержащих анализ фактических случаев научных работах. Тем не менее *DSM* рассматривает эти состояния как в целом различные формы психического расстройства, в силу чего человек, клинически тревожный и депрессивный одновременно, может иметь два диагноза, каждый — для предположительно отдельного состояния. Официальной категории, к которой относятся состояния, при которых наблюдается сочетание тревоги и депрессии, не существует, хотя такой синдром упоминается в приложении к *DSM-IV*, отведенном для случаев, подлежащих дальнейшему изучению. Далее мы рассмотрим более рациональный путь решения этой проблемы.

Как уже отмечалось, случаи, при которых обнаруживается, что у одних и тех же людей два или больше отдельных расстройства постоянно сопутствуют друг другу, известны как *коморбидность*. В пределах диагностической системы *DSM* коморбидность встречается достаточно часто (см., например, Kessler et al., 1994). Если два или больше конкретных расстройства регулярно сочетаются друг с другом, то существует высокая вероятность того, что они в некотором отношении имеют родственные связи. Изучение таких взаимосвязей, без сомнения, будет содействовать познанию природы и развития таких смешанных синдромов, за исключением ситуаций взаимоналожения тревоги и депрессии (см. Mineka, Watson & Clark), исследования которых до сих пор предпринимались очень редко.

Выступая с этими критическими замечаниями в адрес современных достижений *DSM*, мы не хотим сказать, что недооцениваем степень сложности поставленных задач и значительного прогресса в познании, вызванного предпринятыми усилиями. Скорее, в наши намерения входило привлечение внимания вдумчивого читателя ко многим запутанным проблемам классификации, которые еще ждут своего решения. Нам было бы трудно согласиться с подходом, который послужил бы оправданием трудностей *и в теории, и на практике*. Запомните, пожалуйста, что сегодня именно так обстоят дела.

Если по ходу дальнейшего изложения вы будете испытывать затруднения, запутаетесь в отдельных вопросах классификации, то не думайте, что проблема заключена в вас; возможно, что эта ситуация отражает существующие проблемы, возникшие в процессе разработки базовой таксономии, или классификационной системы для данной области.

Пять осей *DSM-IV*

Как и *DSM-III*, изданная в 1980 году, *DSM-IV* оценивает индивида по пяти основным показателям, или осям. По первым трем из них оцениваются статус или состояние индивида:

I ось. *Отдельные клинические синдромы или другие состояния, на которых могут сосредоточить внимание клиницисты.* Сюда входят шизофрения, генерализованное тревожное расстройство, тяжелая депрессия и химическая

зависимость. Состояния, оцениваемые по I оси, в некотором роде представляют собой аналоги различных заболеваний общемедицинского характера.

II ось. *Личностные расстройства.* Очень широкая группа расстройств, рассматриваемых в главе 9, которая охватывает множество вариантов проблемного отношения к миру, таких как истероидное личностное расстройство, параноидное личностное расстройство или асоциальное личностное расстройство. К последнему, например, относится рано развивающийся, устойчивый и первазивный паттерн неуважения к общепринятым стандартам поведения, включая правовые. II ось обеспечивает средства кодирования для давних дезадаптивных черт личности, которые могут участвовать, а могут и не участвовать в развитии и проявлении расстройств I оси. Умственная отсталость также диагностируется как состояние, принадлежащее ко II оси.

III ось. *Общемедицинские состояния.* Здесь перечислены все общемедицинские состояния, потенциально относящиеся к уточнению сути или ведению конкретного случая расстройства. Осью III *DSM-IV* можно пользоваться в сочетании с диагнозом I оси с добавлением фразы: «Вызванное [специфически обусловленное] общемедицинским состоянием», например в случае, когда сильное депрессивное расстройство представляется следствием перманентной боли, связанной с неким хроническим соматическим заболеванием.

Если учтены все заложенные критерии, то при работе с любой из этих первых трех осей разрешается и даже приветствуется постановка более чем одного диагноза. Это означает, что у человека могут быть одновременно диагностированы многие психиатрические синдромы, например: паническое расстройство и сильное депрессивное расстройство; расстройства личности, например зависимое или избегающее; или потенциально релевантные соматические проблемы, такие как цирроз (заболевание печени, часто вызываемое избыточным употреблением алкоголя) или передозировка кокаина. Последние две оси *DSM-IV* используются для оценки более широких аспектов отдельного индивидуального случая.

IV ось. *Психологические проблемы и проблемы, связанные с окружающей средой.* В этой группе рассматриваются стрессоры, которые могли содействовать возникновению данного расстройства, особенно действующие более года. Диагносту предлагают воспользоваться контрольной таблицей, учитывающей различные категории *привходящих жизненных проблем*: семейных, экономических, профессиональных, юридических и т. д. Например, выражение «проблемы с группой первичной поддержки» можно употребить, когда предполагается, что на возникновение расстройства повлиял распад семьи.

V ось. *Общая оценка функционирования.* Здесь клиницисты отмечают, насколько хорошо индивид уживается с миром в настоящее время. Эксперту предлагается состоящая из 100 пунктов оценочная Шкала общей оценки функционирования (ООФ) для определения суммарного значения, отражающего общую дееспособность пациента. Шкала ООФ воспроизведена в табл. 1.2.

IV и V оси, впервые введенные в *DSM-III*, являются важными дополнениями. Представление о препятствиях и требованиях, с которыми сталкивался человек, важно для понимания контекста развития его проблемного поведения. Знание о чьем-то общем уровне функционирования несет в себе важную информацию,

Таблица 1.2

Шкала общей оценки функционирования (ООФ)

Код	Описание
100–91	Отличное функционирование во многих видах деятельности; жизненные проблемы никогда не выходят из-под контроля; индивид востребован окружающими из-за многих позитивных качеств
90–81	Симптомов нет или они минимальны (например, легкая тревога перед экзаменом); хорошее функционирование во всех областях; проявляет интерес и занят широким спектром дел, социально активен, в целом удовлетворен жизнью, проблемы и заботы носят обыденный характер (например, эпизодические споры с членами семьи)
80–71	Симптомы, если они есть, преходящи и являются ожидаемыми реакциями на психосоциальные стрессоры (например, испытывает затруднение при попытке сконцентрироваться после семейного спора; наблюдается легкое нарушение социального, профессионального или учебного функционирования, например временное отставание в учебе)
70–61	Отдельные легкие симптомы (например, депрессивное настроение и небольшая бессонница) ИЛИ некоторые затруднения в социальном, профессиональном или учебном функционировании (например, эпизодические прогулы или домашние кражи), однако в целом функционирование остается достаточно хорошим; существуют определенные значимые межличностные отношения
60–51	Умеренные симптомы (например, уплощение аффекта и обеднение речи, эпизодические панические атаки) ИЛИ некоторые затруднения в социальном, профессиональном или учебном функционировании (например, малое количество друзей, конфликты со сверстниками или сослуживцами)
50–41	Серьезные симптомы (например, мысли о суициде, сложные и навязчивые ритуалы, частые кражи товаров в магазинах) ИЛИ любое серьезное нарушение социального, профессионального или учебного функционирования (например, не имеет друзей, не может работать)
40–31	Явное нарушение оценки реальности или коммуникации (например, речь временами нелогична, невразумительна или неадекватна) ИЛИ значительные нарушения в нескольких областях: на работе, в школе, в семейных отношениях, а также суждений, мышления или настроения (например, депрессивный мужчина избегает друзей, пренебрегает семьей и неспособен к труду; ребенок часто бьет младших детей, дерзит дома и не успевает в школе)
30–21	На поведение значительно влияют галлюцинации либо бред, ИЛИ имеется серьезное нарушение коммуникации или суждений (например, временами говорит бессвязно, действует во многом неадекватно, поглощен мыслями о суициде), ИЛИ ярко выраженная недееспособность почти во всех областях (например, весь день лежит, не имеет ни работы, ни семьи, ни друзей)
20–11	Существует определенная опасность причинения вреда себе или другим (например, попытки суицида без ожидания смерти; частое буйство, драчливость; маниакальное возбуждение), ИЛИ периодическая неспособность соблюдать минимальную личную гигиену (например, пачкается калом), ИЛИ в наличие серьезное нарушение коммуникации (например, большей частью говорит бессвязно или молчит)
10–1	Постоянная опасность причинения серьезного вреда себе или другим (например, рецидивирующее буйство), ИЛИ стойкая неспособность соблюдать минимальную личную гигиену, ИЛИ серьезный акт суицида с ожиданием смерти
0	Неадекватная информация

Источник: *American Psychiatric Association*, 1994, p. 32.

возможно, не содержащуюся в позициях других осей, и показывает, насколько хорошо индивид справляется с проблемами. Некоторые клиницисты, однако, возражают против рутинного использования этих осей при заполнении страховых анкет и тому подобных процедурах, говоря, что такая практика без особой необходимости нарушает право пациента на частную жизнь, так как раскрывает, например, информацию о недавнем разводе (IV ось) или попытке суицида (V ось). В этой связи IV и V оси сейчас считаются факультативными для диагностики и на практике в большинстве клинических учреждений используются редко.

В качестве примера расширенного диагноза на основе *DSM-IV* давайте рассмотрим случай Альберта Г., профессора колледжа, описанный в начале этой главы. Непосредственно перед самоубийством его диагноз, установленный при помощи всех пяти осей, мог бы выглядеть так, как это представлено в табл. 1.3.

Таблица 1.3

Полный диагноз Альберта Г., составленный на основе *DSM-IV*

I ось	Большое депрессивное расстройство
II ось	Обсессивно-компульсивное личностное расстройство
III ось	Нет
IV ось	Никакой группы первичной поддержки
	Проблема социальной среды: одинокое проживание
V ось	Общее функционирование: 20 (определенная опасность причинения вреда себе)

Основные категории расстройств I оси и II оси

На основе расстройства I и II осей организован клинический материал, изложенный в книге. Для большей ясности эти диагнозы можно рассматривать как соответствующие нескольким широким этиологическим (первично-каузальным) группам, каждая из которых содержит несколько подгрупп.

- *Расстройства, вторичные по отношению к серьезному поражению или нарушению функционирования мозговой ткани*, как при деменции Альцгеймера и широком круге других состояний, вызванных необратимыми или обратимыми органическими поражениями головного мозга. Эти расстройства описаны в главе 13.
- *Расстройства, вызванные употреблением химических веществ*, подразумевающие такие проблемы, как хроническое злоупотребление наркотиками или алкоголем. Они обсуждаются в главе 10.
- *Расстройства психологического или социокультурного происхождения на фоне отсутствия известной мозговой патологии* как первичного причинного фактора. Это очень большая группа, включающая в себя большинство психических расстройств, рассматриваемых в данной книге, среди которых: тревожные расстройства (глава 5), соматоформное и диссоциативное расстройства (глава 7), психофизиологические расстройства (глава 8), психосексуальные расстройства (глава 11) и личностные расстройства II оси (глава 9). В эту группу традиционно включаются также психические расстройства непод-

твержденной органической мозговой природы, такие как тяжелые расстройства настроения (глава 6) и шизофрения (глава 12), хотя существуют предположения, что они могут хотя бы отчасти вызываться определенными типами аберрантного мозгового функционирования.

- *Расстройства, обычно возникающие в детском или подростковом возрасте*, к которым относится широкая группа нарушений, отличающихся когнитивными нарушениями, такими как умственная отсталость и специфические виды необучаемости (глава 13), а также большое число поведенческих проблем, таких как дефицит внимания в сочетании с гиперактивностью, представляющих собой отклонения от ожидаемого или нормального хода развития (глава 14).

При упоминании психических расстройств обычно употребляется ряд классифицирующих терминов. **Острыми** называются сравнительно непродолжительные расстройства, длящиеся, как правило, менее шести месяцев, например, транзиторные расстройства приспособления (глава 4). В некоторых случаях острыми называются поведенческие симптомы высокой интенсивности. **Хроническими** называются длительные и зачастую стабильные расстройства, такие как деменция Альцгеймера и некоторые формы шизофрении. Данный термин можно применять и по отношению к расстройствам низкой интенсивности, поскольку именно таковыми часто оказываются продолжительные недуги. **Слабый**, **умеренный** и **тяжелый** — термины, обозначающие различные степени тяжести или серьезности. **Эпизодический** и **рекуррентный** — термины для описания нестабильных паттернов расстройств, склонных исчезать и возникать вновь, как это бывает при некоторых шизофренических состояниях и тех, что связаны с расстройствами настроения.

Проблема терминологии

Не все профессионалы, работающие в сфере охраны психического здоровья, признают психиатрические диагнозы, представленные в системе *DSM-IV* (см., например, Carson, 1997; Sarbin, 1997). С ними соглашаются даже не все психиатры (см., например, Guze, 1995; Lidz, 1994; Tucker, 1998; Wilson, 1993). Одно важное и часто звучащее критическое замечание состоит в том, что психиатрический диагноз — не более чем ярлык, который навешивается на социально не одобряемое или в каком-то ином отношении проблемное поведение. (Вспомните наш разговор о ценностных соображениях, неотъемлемых от определения «психическое расстройство».)

Диагностический ярлык не описывает индивида и не обязательно характеризует какое бы то ни было внутреннее патологическое состояние («дисфункцию»), которым этот человек страдает; скорее, он описывает некий поведенческий паттерн, связанный с существующим уровнем функционирования индивида. Тем не менее как только подобный ярлык навешен, как правило, прекращается дальнейшая диагностика состояния больного. Даже для профессионалов слишком просто принять формулировку диагноза как точное и исчерпывающее описание самого индивида, а не его поведения в данное время. Когда человек заклеймен как «депрессивный» или «шизофреник», окружающие с большей вероятностью делают насчет него определенные допущения, которые могут быть, а могут и не быть точными. На самом деле диагностический ярлык может затруднить объективное

рассмотрение поведения индивида без предвзятого мнения о характере его будущих действий. Эти экспектации могут повлиять и на клинически важные интеракции, выбор методов лечения. Например, постановка диагноза «большое депрессивное расстройство» может привести к прекращению дальнейшего изучения жизненной ситуации пациента и немедленному назначению медикаментозной терапии антидепрессантами (Tucker, 1998).

Как только на человека навешен ярлык, он может принять данную идентичность и действовать в соответствии с ролевыми ожиданиями. («Я — наркозависимый. Больше я ни на что не способен. С тем же успехом я мог бы изготавливать наркотики. Никто ничего другого от меня и не ждет. Я не могу контролировать свое состояние, поэтому бессмысленно любое проявление активности в процессе лечения».) Такое приобретение новой социальной идентичности может быть пагубным по многим причинам. Уничижительные и налагающие клеймо выводы, следующие из многих психиатрических диагнозов, снижают статус человека, часто значительно ограничивают его права, и такое положение впоследствии трудно изменить (Jones et al., 1984; Link et al., 1987). Они могут также оказать разрушительное влияние на моральное состояние индивида, его уважение к себе и взаимоотношения с окружающими. Человек, имеющий подобный ярлык, может определять себя «своим диагнозом» и в дальнейшей жизни вести себя соответственно.

Несомненно, что для профессионалов, работающих в области охраны психического здоровья, важно (и это соответствует интересам больного) быть осторожными в употреблении ярлыков в процессе диагностики, а также гарантировать конфиденциальность информации. За прошедшие полвека произошли некоторые перемены в отношении к человеку, который почувствовал необходимость посетить специалиста по психологическим проблемам. Традиционным термином для подобного индивида годами было слово *пациент*, что сразу ассоциируется с человеком, страдающим той или иной болезнью, пассивно ожидающим от доктора помощи. Сегодня многие профессионалы в этой области, особенно те, кто имеет немедицинскую подготовку, предпочитают термин *клиент*, поскольку он подразумевает большую ответственность и участие со стороны индивида в процессе собственного выздоровления. В нашем руководстве эти термины будут употребляться как взаимозаменяемые.

Оценка и диагностика

Когда клиент впервые встречается с клиницистом, то обычно предъявляет некую жалобу: «У меня почти ежедневно болит голова» или: «Мой брак разваливается». Предъявление жалобы запускает процесс оценки, в ходе которой клиницист пытается понять природу и степень выраженности проблемы. Нередко этот процесс извилист и сложен, так что клиницист как бы оказывается в роли Шерлока Холмса.

В других случаях оценка состояния производится относительно быстро, когда клиницист, уверенный в своей правоте, приходит к незамедлительному заключению о подоплеке жалобы и правильно относит случай к той или иной категории. Например, педиатры, чья практика в основном сводится к обслуживанию местного населения, знают, какие детские инфекции активизировались в округе в данное время. У ребенка, жалобы которого характерны для распространенной инфекции, наверняка будет найдена именно эта болезнь. Добросовестный педиатр, как правило, прежде чем назначить специальное лечение, предпочтет подкрепить первое

впечатление о болезни пациента результатами лабораторных анализов, даже если диагноз совершенно очевиден.

Таким образом, дополнительное обращение к данным исследований для подтверждения диагностических впечатлений является хорошей практикой даже в самых обыденных клинических ситуациях. Для специалиста, занимающегося проблемами психического здоровья, ситуации столь же рутинные, как наш пример из педиатрии, — редкость, и адекватные техники для подкрепления первоначальных впечатлений могут оказаться гораздо более эфемерными. Лабораторные исследования, необходимые во многих случаях медицинской диагностики, здесь, за редким исключением, оказываются неуместными. Обычно психические расстройства не сопровождаются никакими опознавательными биологическими признаками. Более того, они всегда переплетаются с личностными особенностями страдающих ими индивидов и, как правило, с их жизненными обстоятельствами. Любой случай анормального поведения является продуктом множества способствующих факторов, многие из которых не сразу видны, и иногда проявляющихся через месяцы интенсивного анализа в ходе психотерапии. Как следует из этого последнего утверждения, психологическая диагностика или оценка могут быть непрерывным процессом, не предшествующим лечению, а протекающим параллельно ему.

В этом контексте сам по себе диагноз *DSM* может принести лишь ограниченную пользу. В предисловии к *DSM-IV* признается этот факт:

> Постановка диагноза в рамках *DSM-IV* есть только первый шаг в процессе всесторонней оценки. Для составления плана адекватного лечения клиницисту безусловно потребуется обширная дополнительная информация об оцениваемом лице, которая выходит за рамки той, что требуется для постановки диагноза *DSM-IV* (*American Psychiatric Association*, 1994, p. xxv).

Тем не менее до оказания медицинских услуг человеку, обратившемуся за ними, постановка такого диагноза обычно служит обязательным требованием, по



Случай с Глэдис Бэрр (она на снимке со своим адвокатом) являет собой трагический пример, показывающий, какие опасности таит в себе навешивание ярлыков. У насильно госпитализированной собственной матерью (из-за определенных личностных проблем) в 1936 году в возрасте 29 лет мисс Бэрр диагностировали психотическое расстройство, а позже она была объявлена умственно отсталой. Несмотря на то что ряд *IQ*-тестов, проведенных в период с 1946 по 1961 год, говорил о ее нормальном интеллекте и на то, что многие доктора определяли состояние пациентки как норму и настаивали на выписке, она вплоть до 1978 года содержалась то в интернате для слабоумных, то в государственном приюте. Хотя судом ей и была назначена финансовая компенсация, понятно, что ничто не сможет компенсировать 42 года принудительной и ненужной изоляции.

крайней мере в форме «диагностического впечатления». Такое требование выдвигается (возможно, и не всегда обосновано) медицинскими страховыми компаниями и устоявшейся клинической административной традицией.

Дополнительная информация, обязательно требуемая для клинической оценки, может быть обширна и крайне труднодоступна. В помощь оценке была разработана масса специализированных техник, таких как разнообразные психологические тесты. Мы рассмотрим эти техники несколько подробнее в главе 15. Сейчас мы сосредоточили свое внимание на процессе постановки диагноза в рамках *DSM-IV*. Данный процесс, в согласии с психиатрической традицией, чаще всего опирается на интервью. Это означает, что исследующий вовлекает пациента (или, возможно, члена его семьи) в беседу, призванную предоставить информацию, необходимую для отнесения пациента к одной или нескольким диагностическим категориям *DSM*. Интервьюер выступает с разнообразными вопросами и пробами, которые, как правило, становятся все более специфическими по мере того, как у него вырабатываются диагностические гипотезы и он проверяет их при помощи дополнительных процедур, относящихся к критериям отдельных диагнозов *DSM*. Нечто подобное делают в ходе обследования и врачи общей практики.

Неструктурированные интервью

Диагностические интервью подразделяются на два общих типа: неструктурированные и структурированные. В ходе *неструктурированного интервью* интервьюер не следует никакому заранее составленному плану относительно содержания и последовательности предлагаемых вопросов и действий. Неструктурированные интервью, как следует из названия, имеют свободную форму. Терапевт/клиницист задает вопросы по мере их возникновения, отчасти опираясь на ответы, данные на предыдущие вопросы. Если, к примеру, пациент/клиент упомянул отца, который много путешествовал, когда пациент был ребенком, то клиницист мог бы спросить: «Вам не хватало отца?» или (преследуя иную цель): «Как справлялась с этим ваша мама?» вместо того, чтобы в обязательном порядке задать следующий вопрос из заранее подготовленного списка. Многие клиницисты, проводящие расспросы, предпочитают такой подход, потому что он оставляет максимум свободы для формулировки вопросов и позволяет следовать потенциально болезненным для пациента «намекам». В вышеприведенном примере клиницист мог бы предпочесть задать вопрос о реакции матери на том основании, что заподозрил наличие у нее депрессии в годы детства клиента. Однако у такого раскрепощенного стиля есть один серьезный недостаток: та информация, которая извлекается в ходе неструктурированного интервью, может быть в большей или меньшей степени специфичной именно для данной ситуации. Если бы того же пациента интервьюировал другой клиницист, то он мог бы получить иную клиническую картину или в исключительных случаях «иного» интервьюируемого в буквальном смысле слова.

Структурированные интервью

Структурированные интервью предлагают задавать вопросы клиенту в строгой последовательности. Клиницист, использующий такую форму интервью и направляемый своего рода руководящим планом (иногда вплоть до употребления только определенных выражений), в типичных случаях стремится увидеть, «укладываются»

ли симптомы и признаки индивида в диагностические критерии, которые в данном случае более точны и «операциональны», чем в предыдущем. Использование более четких критериев и высокоструктурированного диагностического интервью значительно улучшило диагностическую надежность (Wiens, 1991), однако в обыденной клинической практике формат структурированного интервью по-прежнему используется лишь спорадически. Тем не менее от этих разработок неизмеримо выиграла точность клинического исследования, включая обсуждаемые ниже эпидемиологические изыскания.

Существует множество структурированных диагностических интервью, которые можно использовать в разнообразных условиях. В клинических и научно-исследовательских случаях популярным инструментом было «Структурированное клиническое интервью для диагностики на базе *DSM*» (*the Structured Clinical Interview for DSM Diagnosis, SCID*), которое позволяет ставить, можно сказать, почти автоматически, диагнозы, тщательно привязанные к диагностическим критериям *DSM*. Отрывок из *SCID*, посвященный соматическим расстройствам, представлен в справке 1.1.

Другой структурированный диагностический инструмент, «исследование интеллекта», в действительности просуществовал в разнообразных формах долгое время и до сих пор преподается студентам-медикам; пациентам предлагается ряд тестов, определяющих уровень интеллекта, и оценивается эффективность мышления и функционирование (особенно когнитивное).

«Команда» психического здоровья

В некоторых клинических ситуациях диагностика и оценка могут потребовать участия многих людей, которые играют в данном процессе различные роли и собирают данные, помогающие всесторонне оценить состояние клиента с разных точек зрения и благодаря разным источникам. Это могут быть члены семьи, друзья, школьный персонал (если клиент ребенок или подросток), а также профессионалы из сферы охраны психического здоровья и социальных агентств, с которыми клиент мог контактировать ранее. Помощники совместно всесторонне разбирают ситуацию клиента, предпринимая попытку обработать и свести воедино всю доступную информацию, поставить согласованный диагноз и составить план начальной фазы лечебного вмешательства. В рамке «Современная жизнь» (справка 1.2) кратко, с указанием тренинга и уровня специализации, перечислены работники из сферы охраны психического здоровья, которые, без сомнения, будут задействованы в подобных оценочных командах.

Диагностическая классификация — полезный, хотя порой и переоцениваемый инструмент. Одной из главных точек его приложения было определение масштабов и типов психических расстройств, обнаруживаемых в отличных друг от друга популяциях. К этой проблеме мы сейчас и перейдем.

Распространенность анормального поведения

Как много людей в наши дни на самом деле страдают диагностируемыми психологическими расстройствами? Частота проявления отдельных расстройств — это важный предмет для рассмотрения по ряду причин. Одна из них состоит в том, что

исследователи, изучающие психическое здоровье, должны четко понимать природу и распространенность анормального поведения в различных группах людей, потому что это может подсказать им нечто о его причинах. Например, если некое расстройство возникает лишь у тех мужчин и женщин, которые играют в хоккей на льду, то с этим видом спорта что-то неладно, и вероятным источником проблемы может быть либо воздействие враждебной агрессии, либо тренировки, либо экипировка. Кроме того, составители оздоровительных планов должны иметь четкую

СПРАВКА 1.1

Образцы вопросов из раздела «Структурированного клинического интервью для диагностики на базе *DSM*» (*SCID*), посвященного соматическому расстройству

Если имеется психотическое расстройство или резидуальная фаза шизофрении, поставьте здесь отметку ____ и перейдите к следующему модулю.

Вопросы для скрининга

- Каким было ваше физическое здоровье на протяжении последних нескольких лет?
- Как часто вы посещали врача из-за плохого самочувствия? (Из-за чего именно?)
- Если да: Какие отклонения обнаружил врач или бывало, он говорил, что все в порядке, но вы оставались при убеждении о наличии каких-либо недомоганий?
  (Насколько сильно вы беспокоитесь о своем физическом здоровье? Считает ли ваш врач, что вы слишком обеспокоены этим?)

Если ничто не указывает на возможность соматоформного расстройства, поставьте здесь отметку ____ и перейдите к следующему модулю.

Соматическое расстройство

- Сколько вам было лет, когда вы впервые почувствовали наличие у себя многих физических заболеваний или недомоганий?

Для каждого заявленного симптома определите соответствие критериям при помощи следующих вопросов:

- Рассказали ли вы врачу о (симптом)?
- Каков был диагноз? (Какая, по словам врача, была причина этого?)
- Были ли обнаружены какие-либо отклонения при лабораторных или рентгенологических исследованиях?
- Принимали ли вы какие-либо препараты, наркотики или алкоголь в период, когда у вас было (симптом)?
- Принимали ли вы какие-либо лекарства от этого?
- Сильно ли это осложняет вашу жизнь?

Теперь я собираюсь спросить вас об отдельных физических симптомах, которые могли быть у вас на протяжении последних нескольких лет.

- Сильно ли вас беспокоили:
  – рвота (при отсутствии беременности)?

картину природы и распространенности психологических проблем среди городского населения для наиболее эффективного распределения ресурсов, таких как финансирование исследовательских проектов или услуг, предоставляемых общественными психиатрическими центрами.

Прежде чем мы сможем обсудить уровень распространенности психических расстройств в обществе, мы должны выяснить, каким образом ведется учет психологических проблем. **Эпидемиология** — отрасль знания, изучающая распределения

– абдоминальные или кишечные боли (вне менструации)?
– тошнота и неприятные ощущения в желудке?
– избыток газов или вздутие живота?
– слабость кишечника или диарея?

- Существуют ли продукты, которые вы не можете включить в ваш рацион, потому что от них вам становится плохо? Что это за продукты?
- Испытывали ли вы когда-нибудь боли:

– в руках или ногах?
– в спине?
– в суставах?
– при мочеиспускании?
– где-нибудь еще?

- Бывали ли случаи, когда:

– у вас возникали периоды амнезии, то есть периоды, продолжительностью несколько часов или дней, после которых вы не могли вспомнить ничего происходившего в то время?
– бывало ли вам трудно глотать?
– теряли ли вы голос более чем на несколько минут?
– теряли ли вы полностью слух на какое-то время?
– теряли ли вы полностью зрение на период свыше нескольких секунд?
– испытывали ли судороги или припадки?
– были ли парализованы или испытывали периодическую слабость в конечностях?
– бывало ли так, что вы совершенно не могли помочиться?

- Теперь я собираюсь задать вам несколько вопросов о сексе:

– могли бы вы сказать, что ваша половая жизнь важна для вас или вы с тем же успехом обошлись бы без нее?
– бывало ли так, что у вас часто возникали какие-либо сексуальные проблемы, например, не могли добиться эрекции?
– испытывали ли вы проблемы с менструациями? Какие?
– бывала ли у вас рвота во время беременности?

Источник: *заимствовано у Spitzer et al., 1988*

СПРАВКА 1.2. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Работники, занятые охраной психического здоровья

Профессионалы

Клинический психолог. Доктор философии, обладающий как исследовательскими, так и клиническими навыками. Годичная интернатура в психиатрическом стационаре или центре психического здоровья. Или доктор психологии (профессиональная степень с клинической, а не исследовательской специализацией) плюс годичная интернатура в психиатрическом стационаре или центре психического здоровья.

Психолог-консультант. Доктор психологии плюс интернатура в брачном или студенческом консультационном учреждении; обычно психолог-консультант имеет дело с проблемами приспособления, не связанными с тяжелыми психическими расстройствами.

Школьный психолог. В идеальном случае – лицо, прошедшее докторскую подготовку по детской клинической психологии, с дополнительной подготовкой и опытом, позволяющим разбираться в проблемах успеваемости и обучаемости. В настоящее время во многих школьных системах не хватает ресурсов для реализации на должном уровне программ школьной психологии.

Психиатр. Доктор медицины, прошедший длительную подготовку (обычно – трехгодичную) в психиатрическом стационаре или интернате для психических больных.

Психоаналитик. Доктор медицины или философии, прошедший интенсивную подготовку по теории и практике психоанализа.

Психиатрический социальный работник. Магистр по социальной работе или доктор философии, прошедший специальную клиническую подготовку в психиатрическом заведении.

Психиатрическая медицинская сестра (сиделка). R. N. сертификация плюс специальная подготовка по уходу и лечению психиатрических клиентов. Медицинские сестры могут приобрести степень магистра или доктора по психиатрическому уходу.

Профессиональный терапевт. Степень бакалавра в области профессионального консультирования плюс интернатурная подготовка по работе с физически или психологически ограниченными людьми – инвалидами, помощь им в максимальном использовании своих ресурсов.

Пастырский консультант. В прошлом – пастырь, имеющий подготовку по психологии. Интернатура в психиатрическом заведении в качестве капеллана.

Парапрофессионалы

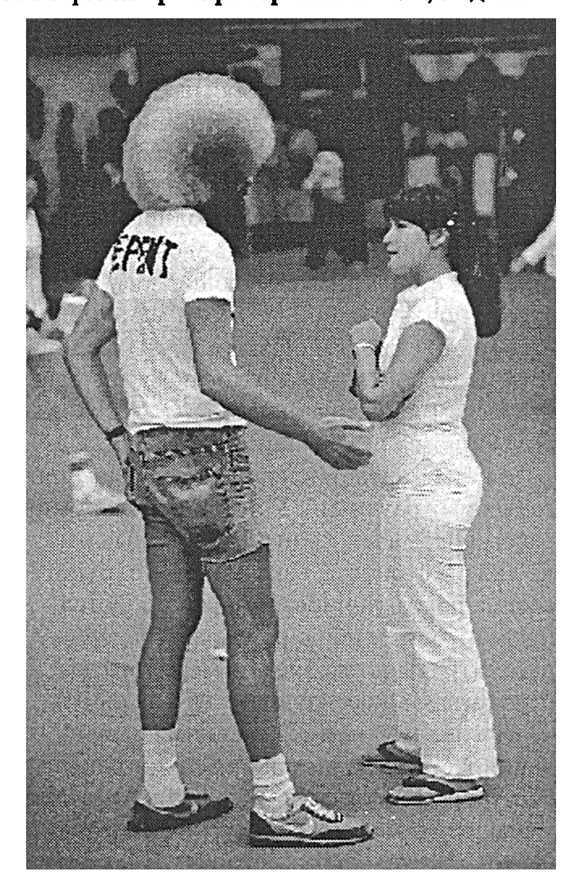
Коммунитарный психиатрический работник. Лицо с ограниченной профессиональной подготовкой, работающее под руководством профессионалов; обычно участвует в кризисных вмешательствах.

Консультант по вопросам злоупотребления алкоголем и наркотиками. Ограниченная профессиональная подготовка, но подготовленность в оценке и преодолении проблем, связанных с алкоголизмом и наркоманией.

И в психиатрических клиниках, и в стационарах персонал, набранный из нескольких профессиональных областей, может функционировать в качестве междисциплинарной команды, например: психиатр, клинический психолог, психиатрический социальный работник, психиатрическая медсестра и профессиональный консультант – все они могут работать вместе.

в данной популяции заболеваний, расстройств или поведения, обусловленного состоянием здоровья. Эпидемиологией психического здоровья называется анализ распределения психических расстройств. Ключевым компонентом эпидемиологического обзора является определение масштаба изучаемой проблемы, то есть того, сколь часто отдельное расстройство вызывает проблемы. Есть несколько способов сделать это. Под термином **«болезненность»** понимается доля активных случаев в популяции, которые можно выявить в данный момент или в данный период времени. Например, *уровень распространения* означает (как явствует из термина) установленную пропорцию фактических активных случаев расстройства в данной популяции в любой момент времени. Болезненность следует отличать от **заболеваемости**, которой называется *частота возникновения (начала)* данного расстройства в данной популяции, как правило, выражаемая как кумулятивная пропорция общего числа случаев в начальной стадии заболевания на единицу населения за некий временной период, допустим за год. Например, установлено, что *заболеваемость* шизофренией в США составляет 2 случая на 1000 человек в год (Nien & Eaton, 1992). С помощью уровней заболеваемости производится учет выздоровевших больных, так же как и людей, умерших в истекшем году. В современной литературе все чаще используется термин **«распространенность»**, под которым понимается доля живых лиц в популяции, у которых отмечалось данное расстройство в любой период времени до момента эпидемиологической оценки; здесь также учитываются выздоровевшие больные.

Например, в США для шизофрении (и подобных ей расстройств) *распространенность* определена как 0,7 % негоспитализированного



Внешность порой обманчива. Многие подлинные психические расстройства не очевидны, а откровенное чудачество не всегда означает анормальность. Современные эпидемиологи-исследователи прибегают к помощи подготовленных интервьюеров и обновленным техникам оценки, чтобы определить наличие или отсутствие различных психических расстройств в популяции, выступающей предметом интереса.

населения (Kessler et al., 1994). *Границы ее распространения* варьируют в диапазоне от 0,2 до 2 % (American Psychiatric Association, 1994).

За последние годы в Соединенных Штатах были выполнены два крупных эпидемиологических исследования, касавшихся национального психического здоровья и проводившихся с прямой и официальной диагностической оценкой участвующего населения. Одно из них, «Эпидемиологическое исследование водосборной площади» (*Epidemologic Catchment Area, ECA*), сосредоточилось на выборочном изучении горожан из пяти областей: Балтимора, Нью-Хейвена, Сент-Луиса, Дарема (Северная Каролина) и Лос-Анджелеса (Myers et al., 1984; Regier et al., 1988, Regier et al., 1993). Другое, «Национальный обзор коморбидности» (National Comorbidity Survey, *NCS*), было экстенсивнее и подвергало выборочной проверке все население США, а также отличалось рядом тонких методологических усовершенствований (Kessler et al., 1994). Так как основные результаты обоих исследований в достаточной мере похожи, мы сосредоточим внимание на *NCS*.

В табл. 1.4 суммированы данные *NCS*, относящиеся к оценке 12-месячной заболеваемости и общей распространенности (процент пораженных индивидов) среди негоспитализированных в государственные медицинские учреждения американцев и американок подросткового и зрелого возраста (от 15 до 54 лет) применительно к широким категориям расстройств, предусмотренных I осью *DSM-IV*.

Важно отметить, что из исследования *NCS* большей частью были исключены расстройства II оси (личностные).

Мы видим, что это в достаточной мере отрезвляющая статистика. Она говорит нам, что в тот или иной период жизни половина населения США в возрасте от 15 до 54 лет имела перенесенное диагностируемое психическое расстройство I оси, от четверти до трети в течение одного года. Поражает, что 35 % мужчин в какой-то период жизни будут иметь в своем анамнезе злоупотребление химическими веществами в степени, позволяющей квалифицировать его как психическое расстройство, а почти у одной четверти женщин фиксируется серьезное расстройство настроения (главным образом, сильная депрессия). Эти цифры *NCS* подтвердили многие другие эпидемиологические данные, позволяющие сделать вывод, что с возрастом и достижением более высокого социоэкономического статуса частота большинства расстройств снижается.

Данные, представленные в исследовании *NCS*, показывают и знакомый паттерн гендерных различий. У женщин обнаруживается бóльшая, чем у мужчин, частота расстройств настроения и тревожных расстройств. Обратная тенденция характерна для расстройств, связанных со злоупотреблением химическими веществами, и асоциального личностного расстройства. Эти данные говорят либо об оценочной предвзятости, либо о реальных гендерных различиях. Оба предположения будут рассмотрены подробнее по мере того, как мы будем обращаться к отдельным расстройствам в последующих главах книги.

Последним заслуживающим внимания открытием, сделанным в ходе исследования *NCS*, была широко распространенная коморбидность диагностированных расстройств. Согласно полученным данным, 56 % респондентов при наличии по меньшей мере одного расстройства в анамнезе имели помимо этого два или больше дополнительных расстройства (например, сильно пьющий человек может быть

также депрессивным и иметь тревожное расстройство). У людей с тремя и более коморбидными расстройствами в анамнезе, которые, как было установлено, составляют одну шестую населения США или около 43 миллионов человек, обнаружена тенденция к расстройствам более тяжелого характера, и есть все основания для утверждения, что они представляют особую группу лиц с необычно высокой психологической уязвимостью.

Как и в случае с респондентами *NCS*, большую часть людей со значительными психологическими проблемами сейчас не госпитализируют в крупные психиатрические заведения штатов. Из тех, кого госпитализируют, большинство получает эти услуги в больничных учреждениях другого типа, таких как психиатрические отделения стационаров общего профиля (Narrow et al., 1993). Многочисленные обзоры указывают на то, что за последние 45 лет госпитализация в психиатрические стационары значительно снизилась. Одна из причин такой перемены — разработка медикаментов, способных снижать проявление социально деструктивных симптомов, отмечающихся при некоторых тяжелых расстройствах. Резкое снижение госпитализации в общественные психиатрические стационары сопровождалось устойчивым ростом обращений больных к услугам частных психиатрических лечебниц и психиатрических отделений при стационарах общего профиля, большинство из которых тоже финансируется в частном порядке (Kiesler & Simpkins, 1993; Lee & Goodwin, 1987). Из-за высоких расценок пребывание в частных стационарах оказывается гораздо короче, чем в общественных учреждениях. Эта тенденция оттока пациентов из крупных государственных медицинских учреждений, часто называемая *деинституционализацией*, будет более широко освещена в главе 18.

Таблица 1.4

Общая распространенность и 12-месячная заболеваемость при основных типах расстройств по данным Национального исследования коморбидности, %

Типы расстройств	Мужчины		Женщины		В целом	
	Общая расп-ть	12 мес. заб-ть	Общая расп-ть	12 мес. заб-ть	Общая расп-ть	12 мес. заб-ть
Любое расстройство настроения	14,7	8,5	23,9	14,1	19,3	11,3
Любое тревожное расстройство	19,2	11,8	30,5	22,6	24,9	17,2
Любое расстройство, связанное со злоупотреблением химическими веществами	35,4	16,1	17,9	6,6	26,6	11,3
Неаффективный психоз*	0,6	0,5	0,8	0,6	0,7	0,5
Любое расстройство, оценивавшееся *NCS*	48,7	27,7	47,3	31,2	48,0	29,5

*Источник: *Kessler et al., 1994, p. 12.*

В наши дни люди с психологическими проблемами чаще лечатся в амбулаторных учреждениях наподобие общественных центров психического здоровья (Narrow et al., 1993). Однако многочисленные факты указывают на то, что на самом деле лишь около 25 % людей с психологическими проблемами вообще получают какое-либо профессиональное лечение (Regier et al., 1993; Robins et al., 1984). Из тех людей, кому оказывают помощь в решении их проблем, около 40 % полагаются на сети системы добровольной поддержки, такие как семья, друзья и организованные клубы, которые обеспечивают им как поддерживающую информацию, способствующую преодолению возникших трудностей, так и социальное взаимодействие с другими экс-пациентами (Narrow et al., 1993). Таким образом, общие тенденции в преодолении проблем, связанных с психическим здоровьем, состоят в движении к дальнейшей приватизации, снижению койко-дней и все большему использованию профессиональных и непрофессиональных общественных ресурсов.

Исследования в анормальной психологии

Подобно данным вышеописанных эпидемиологических исследований *ECA* и *NCS*, те факты и идеи, которые вы почерпнете из этой книги, являются результатом научных трудов, посвященных изучению дезадаптивного поведения. На основе описанных эпидемиологических изысканий проводились подсчеты, оценки данных, а полученные результаты были представлены в виде таблиц. Вы, вероятно, уже знакомы с научными методами и их использованием в различных областях психологии. Их применение в процессе познания природы, причин и лечения анормального поведения вызывает определенные вопросы и проблемы; поэтому прежде чем мы двинемся дальше, уместно будет совершить небольшой обзор. В нем делается попытка рассмотрения главных подходов, используемых при изучении анормального поведения: 1) прямое наблюдение за поведением, 2) гипотезы о поведении, 3) формирование выборки и обобщение, 4) корреляция и поиск причинно-следственных связей, 5) экспериментальные стратегии, 6) разборы случаев и 7) ретроспективные и перспективные стратегии.

Наблюдение за поведением

Как и во многих других науках, в основе психологического знания лежит наблюдение. Направленность таких наблюдений изменчива и включает в себя открытые действия организма, его определенные измеримые внутренние состояния и формы поведения (например, его физиологические механизмы), а при исследовании человека — вербальные отчеты о внутренних процессах или событиях. Именно последний из этих источников информации, безусловно, наиболее сложен для анализа и тем не менее зачастую наиболее интересен и потенциально полезен. Например, мыслительные процессы являются сугубо личными, раз и навсегда недоступными ни для кого постороннего, и потому невозможно подтвердить их объективно. Наука, как правило, требует объективного подтверждения гарантии точности сделанных наблюдений. Эти ограничения доступа посторонних к важным первичным «данным» служили источником серьезных проблем для психологии как дисциплины на протяжении всей ее истории. Например, первые исследования в обла-

сти психологии были сосредоточены на изучении связи между физическими «стимулами» (например, звуком определенной переменной частоты) и субъективным переживанием человека, слушающего этот звук. Скоро выяснилось, что такие «наивные» отчеты о личном сенсорном переживании были крайне несовершенны с точки зрения научных целей экспериментатора. Было принято решение о необходимости тренировки участвующих в эксперименте индивидов в умении точно отчитываться в своих сенсорных ощущениях — способность, которую ошибочно считали само собой разумеющейся.

В области анормальной психологии исследователи неизбежно должны столкнуться с такими внутренними процессами, как мысли, чувства и личностные интерпретации внешних событий, поскольку в своей теоретической основе данная отрасль во многом полагается именно на эти крайне субъективные явления. Отсюда следует, что такие исследователи в значительной мере зависят от отчетов субъектов относительно этого, во всяком ином случае недоступного, внутреннего опыта. В связи с этим и ради достижения максимальной точности/согласованности в отчетах о данном опыте многие исследовательские усилия были направлены на разработку специализированных техник, таких как оценочные шкалы.

Похожие, хотя несколько менее проблематичные соображения касаются наблюдений за открытым поведением субъектов исследования, многие из которых с данной точки зрения оказываются членами отдельных диагностических групп. Как мы видели в случае диагностического интервьюирования, эти наблюдения должны быть надежными, если считать, что им предстоит стать основой для выводов об организации и предпосылках изучаемого поведения. В результате обычной практикой в подобных изысканиях стало привлечение наблюдателей, подготовленных к систематическому отслеживанию и регистрации поведения с использованием научно разработанных техник. Элейн Уолкер с коллегами (Walker et al., 1993), например, использовали семейные любительские кинохроники, чтобы оценить, как вели себя в детстве взрослые индивиды, у которых наблюдалась шизофрения, и те, кто не имел такого диагноза. Подготовка ассистентов для наблюдения и регистрации зачастую тонких поведенческих различий между этими группами детей должна была стать делом столь же тяжелым, сколь и важным для получения значимых результатов (обсуждается в главе 12). Обычно привлекают к работе не одного, а несколько наблюдателей, чтобы надежность каждого проведенного с их помощью замера не вызывала сомнения.

Формирование гипотез о поведении

В процессе осмысления результатов исследования выдвигаются различные *гипотезы*, более или менее перспективные идеи, способствующие изучению интересующего нас предмета, в данном случае поведения. Гипотезы используются во всех эмпирических науках, хотя в более устоявшихся естественных отраслях знания они кажутся теснее увязанными с наблюдаемыми явлениями. Например, концепция электричества фактически гипотетична. Можно лишь наблюдать эффекты этой предполагаемой сущности, но они в высшей степени надежны и предсказуемы; следовательно, мы верим в реальное существование электричества. Большинство людей, как мы увидим в последующих главах, менее уверены в таком конструкте, как вытесненные воспоминания.

Эти соображения особенно важны при изучении анормального поведения. В большинстве своем мы понимаем поведение людей, которых встречаем, по крайней мере, в степени, необходимой для осуществления обычных социальных интеракций. Даже когда мы видим в поведении человека нечто неожиданное, обычно мы в состоянии проявить некоторую эмпатию, чтобы ощутить «откуда что берется», понять, например, факторы, способствующие этому поведению. Анормальное поведение уже по самому определению гораздо труднее оценить. Оно экстраординарно, и мы, следовательно, должны искать нестандартные его объяснения и гипотезы. Вопрос о том, способны ли эти гипотезы удовлетворительно истолковать анормальное поведение, остается открытым, однако ясно, что мы нуждаемся в них, чтобы начать изучение данной проблемы. Поведение никогда не объясняет себя, независимо от того, нормальное оно или анормальное.

Для объяснения сложных паттернов, которые мы обнаруживаем в анормальном поведении, обычно существует несколько параллельно разрабатываемых гипотез.

Фактически эти гипотезы тяготеют к объединению в различных подходах или воззрениях. Например, мы могли бы попытаться объяснить пугливость человека, сославшись на врожденную биологическую аномалию, на травматические детские переживания, на то, что родители «научили» его считать мир местом, которого следует бояться, или на действие всех этих влияний одновременно. Эти общие теоретические предположения рассматриваются в главе 3. Сейчас мы просто хотим подчеркнуть, что все формы психологического исследования начинаются с наблюдений за поведением и что многие положения анормальной психологии построены на гипотезах, которые более или менее адекватно объясняют наблюдаемое поведение, объявленное анормальным.

Воззрения и гипотезы, к которым они нас приводят, важны в связи с тем, что часто определяют терапевтические подходы к лечению анормальности. Представим, к примеру, человека, который моет руки 60 или 100 раз в день, серьезно повреждая кожные покровы. Если мы придем к выводу, что это поведение представ-



Изображенный на фотографии душевнобольной человек, находящийся под надзором офицера полиции, совершил зверское и кровавое нападение на пассажиров поезда Лонг-Айлендской железной дороги. Для объяснения подобного поведения существует много различных гипотез, однако до сих пор невозможно сделать какие-либо выводы. Мы можем лишь предполагать, что взаимодействие генетических, биологических, психосоциальных, эволюционных факторов и среды проявилось каким-то, вероятно, уникальным и малопонятным образом.

ляет собой результат тонкого неврологического нарушения, то следующим нашим шагом будет выяснение природы заболевания индивида и определение методов его лечения. Если мы рассмотрим это поведение как символическое очищение от греховных мыслей, то это будет попытка вскрытия и анализа источников чрезмерной щепетильности этого человека. В случае рассмотрения симптома мытья рук как простого продукта неудачного обусловливания или научения необходимо разработать средства противообусловливания, чтобы устранить проблемное поведение. Эти разные подходы отражают несколько концепций причин анормального поведения и подробно рассматриваются в главе 3. Без таких концепций, опираясь только на простое наблюдение за поведением, можно остаться без средств к осмыслению анормального поведения и способов его изменения.

Формирование выборки и обобщение

Исследования, ведущиеся в анормальной психологии, сосредоточены на проблеме более глубокого понимания и, где возможно, контроля (т. е. способности изменять предсказуемым образом) над анормальным поведением. Хотя иногда мы можем получить важные подсказки при помощи интенсивного наблюдения за единичным случаем конкретного расстройства, подобная стратегия редко позволяет сделать надежные выводы. Основная трудность в данной ситуации состоит в том, что мы не знаем, относятся ли наши наблюдения к расстройству, к не связанным с ним особенностям человека, к какой-либо комбинации этих факторов или даже к специфическим чертам наблюдателя. Сексуальное расстройство одного человека может отличаться от расстройства другого. Для того чтобы знать, подлежат ли обобщению наши наблюдения, нам необходимо изучить достаточно большую группу людей.

Исследование групп для идентификации общих факторов

Исходя из сказанного выше, мы в целом больше полагаемся на исследовательские труды, содержащие анализ групп индивидов, демонстрирующих относительно эквивалентные анормальности поведения. Как правило, в подобных исследованиях несколько человек имеют одну общую характеристику (проблемное поведение), тогда как в прочих отношениях они значительно отличаются друг от друга. В дальнейшем мы можем обнаружить в них еще что-то общее, например наличие хронически депрессивного родителя, который мог иметь отношение к поведенческой анормальности, при условии, конечно, что эта характеристика не слишком часто встречается у людей, не имеющих отклонений поведения. Если у разных людей анормальность вызвана разными причинами (что само по себе может быть важным открытием), то нам, вероятно, будет достаточно трудно с точностью идентифицировать паттерны, вызывающие ее. Фактически трудности подобного рода оказываются тормозом в изучении нескольких расстройств, речь о которых пойдет в последующих главах.

Если бы мы захотели исследовать проблему, например, сильной психологической депрессии, то первым шагом стало бы определение критериев для идентификации лиц, которых можно было бы считать пораженными этим недугом. *DSM-IV* задает ряд таких критериев, среди которых постоянное уныние, пониженная реакция в ситуациях, вызывающих чувство удовольствия или при их отсутствии,

утомляемость и нарушения сна. Следующим нашим шагом будет поиск людей, удовлетворяющих этим критериям. Очевидно, что мы не можем рассчитывать на возможность изучения всех людей в мире, которые отвечали бы нашим критериям. Мы должны прибегнуть к технике, называемой **выборкой**. Для этого нам необходимо отобрать ограниченное число депрессивных индивидов, которых мы оцениваем как репрезентативных (представительных) в отношении гораздо большей группы лиц, страдающих тяжелыми депрессивными расстройствами. Это означает, что наша выборка должна отражать картину, характерную для большой группы пациентов с точки зрения тяжести и продолжительности расстройства, так же как и любые потенциально важные демографические показатели, такие как средний возраст, пол и семейное положение. В идеале выборка должна быть сформирована в произвольном порядке из более крупной депрессивной популяции, что равноценно гарантии того, что все люди в этой популяции имеют равные шансы быть включенными в нашу исследовательскую выборку. Подобная процедура автоматически снизит потенциальную субъективность отбора. Обычно, однако, такая строгость при осуществлении выборки недостижима по практическим причинам, поэтому при случайном отборе людей используются аппроксимации. Требование репрезентативности выдвигается по причине необходимости распространения наших открытий, сделанных в ходе работы с выборкой, на более широкую группу людей. Сделать это корректно мы можем лишь в той степени, в какой наша выборка действительно отражает интересующие нас аспекты популяции, подлежащие в дальнейшем обобщению.

Как мы узнали из результатов недостаточно хорошо организованных опросов общественного мнения, осуществление нерепрезентативной выборки может привести к ошибочным заключениям. Например, если бы наша группа депрессивных субъектов состояла только из представителей среднего и высшего слоев общества, получивших образование в колледже, то у нас мог бы возникнуть соблазн приписать некую характеристику, допустим, склонность пить вино за обедом, депрессивным больным. Однако данное утверждение неверно для всей совокупности депрессивных людей, в том числе, например, и для тех, кто менее образован или принадлежит к иной социоэкономической группе.

Экспериментальные и контрольные группы

Предположим, что у нас возникла гипотеза о том, что стресс приводит к депрессии. Нам необходимо быть уверенными, что уровень стресса, ранее пережитого нашими депрессивными субъектами, не совпадает с данными, полученными для групп, имеющих другие психические расстройства, или для популяции в целом. Если все пережили стресс одного и того же уровня, то изучение предшествующего стресса не позволит нам получить представление о депрессии как таковой. Исследователи используют **контрольную группу**, выборку людей, которые *не* выказывают изучаемого расстройства, однако во всех остальных отношениях сопоставимы с **критериальной (опытной) группой**, члены которой демонстрируют расстройство. Как правило, контрольная группа психологически «нормальна» относительно уточненных критериев. Тогда мы можем сравнить две группы по некоторым аспектам, например, уровень ранее испытанного переживания стресса, для установле-

ния наличия между ними различия. Фактически группы обязательно будут отличаться друг от друга (исключением может быть действие случайных факторов), однако, у нас есть могущественные статистические техники, позволяющие определить, действительно ли значимы наблюдаемые различия. Если мы обнаружим, что пациенты, страдающие тяжелой депрессией, ранее испытали значительно больший стресс, чем люди, чье состояние оценивается как нормальное, у нас может возникнуть искушение в поддержке нашей гипотезы и желании сделать вывод, что переживание необычно сильного стресса является причиной начала такой депрессии. Конечно, выдвижение этой гипотезы предполагает, что люди, участвующие в нашем исследовании, точно описали свои стрессовые переживания — допущение, иногда вызывающее сомнение. Депрессия, например, могла заставить людей пересмотреть прошлые безобидные (фактически не стрессогенные) события в негативном свете. В действительности мы чаще всего обнаруживаем связь, или корреляцию, между *заявленным* предшествовавшим стрессом и переживанием сильной депрессии. (Дальнейшее обсуждение этого вопроса см. в главах 3, 6.)

Различие между корреляцией и причинностью

В вышеприведенном примере (ситуация, нередко описываемая в научной литературе) мы не могли, опираясь исключительно на наши данные, заключить, что переживание в прошлом сильного стресса *является причиной* начала большой депрессии. Такую связь можно объяснить многими другими способами, включая возможность того, что депрессивные люди больше, чем прочие, склонны запоминать стрессогенные события из недавнего своего прошлого. В этом случае корреляция между большими уровнями заявленного стресса и депрессией не означает причинно-следственную связь.

Саму по себе простую корреляцию, или связь между двумя и более переменными, никогда нельзя считать доказательством причинности, то есть отношения, в котором одна из ассоциированных переменных (то есть стресс) *вызывает* в качестве результата другую (то есть депрессию). Это важное предостережение, которое стоит помнить, и оно особенно актуально для предмета анормальной психологии. Многие исследования анормальности показывают, что две (или более) переменные появляются одновременно, например: бедность и замедленное умственное развитие или депрессия и сообщение о предшествовавших стрессорах. Так, одно время считалось, что *марихуана* вызывает ювенильную делинквентность, потому что ее курят многие юные правонарушители. Однако надо учитывать, что большинство таких юнцов росло в высококриминализированных кварталах с избытком моделей взрослого криминального поведения. Когда увлечение молодежи марихуаной достигло благополучных окраин, корреляция между ее употреблением и ювенильной делинквентностью стремительно снизилась. Иными словами, какая бы ни была причинная связь в нашем примере, она в первую очередь определяется социальным окружением молодых людей, а не курением травки. Коррелированные переменные вполне могут относиться друг к другу в каком-либо каузальном контексте, но эта связь может выступать во многих формах.

- Переменная *a* вызывает переменную *b* (или наоборот).
- И переменная *a*, и переменная *b* вызываются переменной *c*.

- И переменная *a*, и переменная *b* участвуют в сложном паттерне переменных, одинаково влияющих на *a* и *b*. Например, существует строгая корреляция между количеством церквей или синагог и количеством баров в городах США. Является ли одно причиной другого? Нет, и то и другое «вызывается» численностью городского населения.

Если обратиться к другому примеру, можно увидеть, что жизнь в неблагополучной, распавшейся семье является значимым фактором для многих форм анормального поведения. Мы не можем, например, заключить, что расторжение брака само по себе влечет за собой анормальность. Было доказано, что с отделением от родителей или с их разводом связаны многие другие потенциальные причины анормальности: социоэкономический дистресс, семейная дисгармония, алкоголизм одного или обоих родителей, переезд на новое место жительства или переход в другую школу, трудности с приспособлением к новым любовным отношениям единственного родителя и так далее.

К сожалению, такое положение скорее правило, нежели исключение при попытке понять, каким же образом установилось анормальное поведение.

Исследовать взаимосвязь коррелирующих факторов нередко помогают статистические техники сравнительно недавней разработки (такие, как анализ пути), которые учитывают, каким образом переменные предопределяют друг друга и связаны друг с другом во времени. Эти техники придают нам большую уверенность в наших выводах о причинах возникновения того или иного явления, но все же и они не в силах выявить причинно-следственные отношения.

Исследования при помощи корреляции, даже если они не в состоянии точно установить причины взаимосвязи событий, все же могут стать могущественным и богатым источником для умозаключений. Они часто позволяют выдвинуть гипотезы о причинах изучаемых явлений, а иногда предоставляют решающие данные, которые либо подтверждают, либо опровергают эти гипотезы. Для доказательства их эффективности достаточно подумать, чем была бы астрономическая наука без корреляционных исследований, поскольку астрономы не могут манипулировать переменными, которые они изучают, такими как сравнительное расположение и движение звезд и планет.



Хотя дисфункциональные семейные отношения могут коррелировать с некоторыми формами анормального поведения, они не обязательно становятся причиной его возникновения, так как отдельное психическое расстройство можно объяснить многими другими способами.

Исследования корреляции принесли пользу во многих областях анормальной психологии, но особенно — в сфере эпидемиологических изысканий. **Эпидемиологические исследования** представляют собой попытку установления паттерна возникновения определенных расстройств (в нашем случае психических) в различные периоды, в различных местах и группах людей. Там, где мы встречаемся со значительными вариациями в частотности или распространенности расстройства, мы задаем вопрос: почему? Почему, например (как отмечалось выше), в США депрессия встречается гораздо чаще у женщин, чем у мужчин? Этот вопрос спровоцировал огромное количество исследований, равно как и спекуляций насчет положения женщин в нашем обществе, как будет видно из главы 6.

Экспериментальные стратегии в анормальной психологии

При исследовании корреляций события принимаются такими, какие они есть, и устанавливаются ковариации между наблюдаемыми феноменами. Изменяются ли изучаемые явления совместно, пропорционально друг другу, как это отмечено в случае женского пола и повышенного риска депрессии; в инверсивной манере, как высокий социоэкономический статус и меньший риск психических расстройств; или рассматриваемые переменные, по всей вероятности, полностью независимы друг от друга, так что данное состояние или уровень одной переменной не способен предсказать ничего об уровне другой, как это было в нашем ранее приведенном примере о ведущей правой или левой руке и психических расстройствах? Как только что было отмечено, регистрация ковариаций между переменными может оставить нас в неведении о порождающем их каузальном паттерне.

Научное исследование, использующее широкие возможности экспериментального метода, оказывается наиболее строгим и позволяет получить наиболее надежные данные. В подобных случаях ученые контролируют все факторы, за исключением одного, которые могли бы повлиять на интересующую переменную или результат; затем они активно манипулируют тем единственным фактором, который часто называют **независимой переменной.** В случае, когда интересующий результат, часто называемый **зависимой переменной,** изменяется по мере изменения манипулируемого фактора, этот фактор можно рассматривать как причину результата. Если, например, определенному лечению подвергается данная группа пациентов, но не подвергается другая, в иных отношениях полностью сопоставимая, и если в первой группе по сравнению со второй происходят значительные позитивные изменения, то в этом случае можно сделать серьезный вывод об эффективности лечения.

К сожалению, экспериментальный метод нельзя применить ко многим проблемам анормальной психологии. На то есть как практические, так и этические основания. Допустим, что мы хотим проделать эксперимент с целью оценки гипотезы о том, что стрессогенные события способны вызвать тяжелую депрессию. Нашим идеальным экспериментальным подходом был бы выбор в произвольном порядке двух групп нормальных взрослых для лонгитюдного исследования (исследования, в котором одни и те же субъекты наблюдаются в течение длительного периода времени). Индивидов из одной группы пришлось бы систематически подвергать строгой программе вымышленного (но убедительного) стрессогенного воздействия, например в виде упорной порчи жестких дисков на их компьютерах, из-за чего все

уже внесенные данные терялись бы. Субъекты другой (контрольной) группы стали бы проводить то же количество времени над какими-нибудь сопоставимыми, но гладко протекающими занятиями. Кроме того, мониторингу необходимо подвергнуть естественные стрессоры, возникающие в обеих группах, с тем чтобы гарантировать, что экспериментальная (подвергнутая стрессу) группа действительно пережила больший стресс. Через несколько недель или месяцев испытуемые из обеих групп должны будут пройти оценку на наличие симптомов, удовлетворяющих критериям тяжелого депрессивного эпизода *DSM-IV*, к которым относятся: неизменно депрессивное настроение, пониженный интерес или удовольствие от обычных дел, значительная потеря веса, нарушение сна и т. д. В случае если в группе субъектов, подвергнутых стрессу, тяжелых депрессивных эпизодов отмечается намного больше, чем в контрольной, то наша гипотеза подтверждается. Можно было бы сделать вывод о том, что перенесенный стресс вызывает депрессию. Однако этически неприемлемо обращаться с людьми в умышленно бессердечной, деструктивной и потенциально опасной манере (депрессивные эпизоды, например, повышают риск суицида), пусть даже сам эксперимент и был методологически безупречным.

Многими переменными, потенциально значимыми для анормального поведения, нельзя манипулировать так активно, как этого требует экспериментальный метод, совершенно не учитывая при этом ограничений, которые могут накладывать этические соображения. К счастью, мы далеко продвинулись в статистическом контроле над переменными, который не уступает экспериментальному контролю в его классической форме. Методы статистического контроля позволяют нам «приспособиться» к иначе не проконтролированным (или неконтролируемым) переменным. Например, представляется, что распространенность многих психических расстройств инверсивно варьирует с социоэкономическим статусом. Используя методы статистического контроля, мы можем вводить поправку на любые различия в социоэкономическом статусе, существующие между нашими экспериментальными и контрольными группами, в таких пределах, что становится видным влияние этих различий на получаемые результаты. Можно создать и ситуацию, когда социоэкономический статус членов контрольных групп будет представлен точно в тех же пропорциях, что и в группе с патологией, которую мы предполагаем изучить. Однако такое долевое распределение может быть трудно достижимым. Кроме того, это может непреднамеренно вызвать дополнительную проблему: если мы настаиваем, чтобы социоэкономический статус членов нашей контрольной группы в точности отражал таковой в экспериментальной, а не во всей популяции, то в этом случае наша контрольная группа уже не может быть репрезентативной по отношению к популяции в целом. Как показывает этот пример, в анормальной психологии при создании стратегии поисковых исследований необходимо учитывать множество факторов.

Исследования на животных

Экспериментальный метод иногда применяется в каузальных исследованиях с использованием животных, однако и здесь существуют этические ограничения. Подобные опыты на животных являются, можно сказать, концептуальными ими-

тациями процессов, которые, как предполагается, участвуют в развитии анормального поведения у людей. Эксперименты такого рода в целом известны как **аналоговые исследования** (исследования, в ходе которых делается попытка имитации условий, гипотетически приводящих к анормальности). В этих экспериментах пытаются установить причины дезадаптивного поведения путем индукции его модели у животных. Главная научная проблема заключается, конечно, в установлении общности между специально вызванным поведением и реальными действиями в том виде, в каком последние естественным образом происходят в ходе человеческого развития.

Интересным представляется рассмотрение в данном контексте исследования, проведенного Мартином Селигманом с целью проверки гипотезы о том, что причиной депрессии у людей выступает *приобретенная беспомощность* (Seligman, 1975). Лабораторные опыты на собаках продемонстрировали, что животные, неоднократно подвергнутые болезненному, непредсказуемому и неотвратимому электрошоку, утрачивали способность научения простому бегству, чтобы избежать действия нового разряда. Они просто садились и терпели боль. Это наблюдение привело Селигмана к выводу, что человеческая депрессия (которую он приравнивал к реакции беспомощных собак) является реакцией на переживание человеком того факта, что его поведение не оказывает никакого влияния на среду. В результате животное или человек «научаются» тому, что они не в силах что-либо сделать. Эксперименты, в которых предпринималась попытка индуцировать приобретенную беспомощность в людях и определить, не приведет ли это состояние к слабым и обратимым вариантам депрессии, не подтвердили данное предположение. Испытуемые не всегда отвечали беспомощностью на непредвиденные ситуации; на самом деле многие из них после фрустрирующих переживаний демонстрировали усиленные попытки выправить положение (см. *Journal of abnormal psychology*, 1978, февраль, том 87).

Далее Селигман с коллегами (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) модифицировали теорию приобретенной беспомощности как причины депрессии. Они предположили, что непредвиденное переживание должно оказывать депрессогенный эффект лишь на тех, кто склонен интерпретировать неудачи и связанные с ними переживания в негативном ключе, то есть приписывая их личностным (внутренним) характеристикам, которые первазивны (глобальны) и относительно перманентны (постоянны). («Что я за болван; я вечно все делаю не так, и это навсегда».) Эта идея оказалась гораздо жизнеспособнее в последующих исследованиях, которые будут рассмотрены в главе 6. Любопытно, что оригинальная концепция приобретенной беспомощности может стать более хорошей моделью тревожных расстройств, чем депрессия, как будет показано в главе 5.

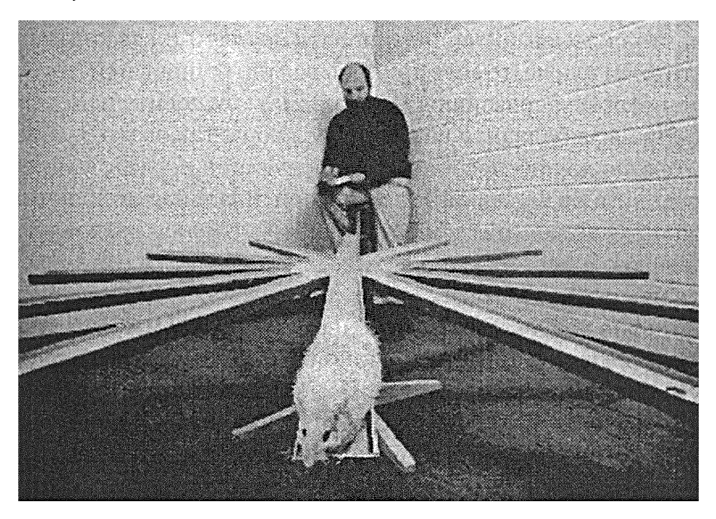
В этом случае, невзирая на прежнее разочарование, показательное в отношении риска, сопряженного с чрезмерно поспешным обобщением и переносом лабораторных моделей на реальный мир, аналог приобретенной беспомощности стал предметом многих новых исследований, результатом которых был анализ определенных аспектов психопатологической проблемы, связанной с депрессией. Кроме того, диапазон его применения оказался, по всей вероятности, значительно шире, чем предполагалось изначально. Можно считать это удачным результатом.

Исследование успешности терапии

Неизбежно ограниченная роль экспериментального подхода в исследовании причин анормального поведения не распространяется на лечебные изыскания, где он является одним из основных методов. Сравнительно просто и легко организовать исследование, в котором предполагаемое лечение оказывается одной группе пациентов и не оказывается другой. Если в лечебной группе будет достигнуто более значимое улучшение, чем в контрольной, то мы можем быть уверены в успешности лечения. Однако, как и ранее, мы можем не знать, почему лечение работает, хотя исследователи в настоящее время прибегают к более утонченным методам в процессе изучения механизмов терапевтического изменения (см., например, Hollon, DeRubeis & Evans, 1987; Kazdin, 1994).

Для гарантии того, что обе группы действительно сравнимы во всех отношениях за исключением присутствия или отсутствия предполагаемого активного лечебного компонента, обычно приходится применять специальные техники исследования лечения. В случае наличия доказательств, что лечение эффективно, его впоследствии можно назначить членам исходной контрольной группы, что позволит улучшить функционирование всех и каждого.

Иногда эта процедура с контрольной группой «очередников» не проводится по этическим или другим причинам. Например, отказ от успешного лечения, целью которого является оценка действия некоторого нового средства, может без особой надобности продлить психические страдания субъектов из контрольной группы. Необходимы строгие гарантии в отношении потенциальных издержек и выгод осуществления конкретного исследовательского проекта (Imber et al., 1986). В этом случае сравнение двух (или более) методов лечения в различных эквивалентных группах может потребовать альтернативного исследовательского поиска. Обычно в исследовании этого типа успешность одной из методик, выполняющей контрольные функции, уже доказана. Такое сравнение результатов исследования достаточно результативно и предпринимается все чаще (Barlow & Hofman, 1997; VandenBos, 1986).



В аналоговых исследованиях, где происходит обобщение и распространение лабораторных моделей на реальный мир, возможно, не удастся провести убедительные параллели. Результаты тестирования с использованием, например, крыс, мышей, собак или обезьян в лабораторных условиях могут не получить поддержки при распространении на людей.

Разбор клинических случаев

Большинство расстройств до сих пор изучается индивидуально при помощи традиционного клинического метода разбора случаев. **Разбор случая** представляет собой всестороннее изучение индивида или семьи, при котором используется множество источников данных, включая интервью и психологическое тестирование. Клинический исследователь, который обычно является и терапевтом пациента, интенсивно наблюдает за его поведением и выясняет причины, способные влиять на его состояние. Разбор случаев включает в себя выдвижение гипотез о возможных причинах проблемы и поиск направления, в котором следует планировать лечение. Например, терапевт может предположить, что слишком заботливые родители научили пациента неоправданно высокой боязливости, последствия чего сказываются на его нынешнем клиническом состоянии. Тогда терапевт должен решить, как подтвердить или опровергнуть эту гипотезу о деструктивном родительском влиянии, которое, если подтвердится с определенным уровнем вероятности, приведет к необходимости переключения внимания терапевта в сторону преодоления пагубных эффектов, вызванных тем, что родители описывали мир в чрезмерно пугающих красках. По мере необходимости эти гипотезы и терапевтические стратегии могут быть пересмотрены в зависимости от реакции пациента на терапевтическое вмешательство. Эту стратегию иногда называют стратегией ***N*, *приравниваемой к одному эксперименту*** (*N* обозначает число испытуемых в эксперименте), особенно когда прямые связи между последующими терапевтическими вмешательствами (или отказом от них) и реакциями пациента подвергаются систематическому мониторингу.

Если методом разбора случаев пользуются опытные клиницисты, может быть собрано достаточное количество исследовательского материала, однако полученная информация зачастую релевантна только по отношению к изучаемому индивиду и будет, возможно, недействительной в остальных случаях, особенно если мы стремимся применить ее к другим больным со сходной анормальностью. В случае, когда есть лишь один наблюдатель и один пациент и когда наблюдения проведены в сравнительно бесконтрольных условиях, выводы, которые мы можем сделать, имеют очень ограниченный характер и могут быть ошибочными.

Различия между ретроспективными и перспективными стратегиями

Классический метод попытки вскрыть возможные причины анормального поведения предполагал ретроспективный подход. Мы рассматриваем нарушение поведения на данный момент и пытаемся проанализировать динамику его развития от сегодняшнего дня — назад, до того места, когда оно только появилось. Мы делаем попытку воссоздания истории развития клиента с целью определения, что и когда привело к соответствующим аномалиям. Наши возможности получения исследовательского материала ограничены воспоминаниями пациента и данными, которые мы можем почерпнуть в дневниках, документах, воспоминаниях других членов семьи, и т. д. В **ретроспективной стратегии** есть много подводных камней. Воспоминания несовершенны и избирательны, для клиента характерно подчеркивать

темы, которые подтверждают уже существующую у него точку зрения на ситуацию. Как мы видели из нашего примера тяжелой депрессии, попытки воссоздать прошлое людей, уже страдающих расстройством, сопровождаются определенными трудностями. Помимо того факта, что человек с расстройством может быть не самым точным или объективным источником информации, подобная стратегия подразумевает необходимость поиска, что же именно нужно узнать о скрытых факторах, теоретически связанных с расстройством. Теперь, например, понятно, что многие ложные воспоминания о ритуальном сатанинском ущербе, причиненном в детстве, были встроены терапевтами, которые с излишним усердием верили в то, что это и есть источник определенных типов расстройств (Spanos, 1996). Даже сторонние наблюдатели, скорее всего, обнаружат 100-процентную вовлеченность в ранее произошедшие события, истолковывая прошлое поведение человека в свете его сегодняшних проблем.

Один из способов обойти эти трудности — воспользоваться документами и записями, такими как школьные дневники, написанные до возникновения расстройства. Несмотря на то что такая *архивная стратегия* имеет шанс быть продуктивной, она полностью зависит от доступности необходимой нам информации. Исследователей, которых привлекли бы изыскания со столь «случайной» отдачей, находится немного.

Перспективные стратегии используются при изучении индивидов с вероятностью психологического расстройства выше среднего уровня *до того*, как проявится анормальное поведение. Мы можем быть гораздо увереннее при выдвижении гипотез о причинах расстройства, если заблаговременно отслеживаем и измеряем различные влияния, испытываемые пациентом. Когда гипотезы правильно прогнозируют поведение, которое в дальнейшем проявится в группе индивидов, мы оказываемся намного ближе к установлению причинной связи. В типичном случае дети с общим фактором риска, о котором известно, что он сопряжен с относительно высокой частотой последующих срывов (например, рождение от матери, страдающей шизофренией), изучаются годами. Тех, у кого наступает срыв, сравнивают с теми, у кого его не произошло, в надежде обнаружить решающий фактор различия.

Исследователи анормального поведения понимают, что простых ответов существует немного. На самом деле, изучение поведенческих анормальностей обогатило психологическую дисциплину, улучшив наше понимание того, сколь невероятно сложны в действительности истоки поведения человека.

Направленность этой книги

Одна из главных целей этой книги — познакомить вас с подходом к проблеме анормального поведения, который можно охарактеризовать как научный и гуманистический. Наше особое пожелание — заинтересовать и привлечь вас к анализу анормального поведения и его места в современном обществе. Мы сосредоточимся на рассмотрении всех основных типов психических расстройств, особенно на тех паттернах, которые видятся наиболее релевантными для широкого, базисного познания дезадаптивного поведения. Мы хотим подчеркнуть единство человеческого

поведения, идею, что анормальность есть просто преувеличение человеческих качеств, которыми обладает каждый из нас.

Мы исходим из того, что глубокое и всестороннее изучение анормального поведения должно базироваться на следующих принципах.

1. **Научный подход к анормальному поведению.** Любое научное воззрение на человеческое поведение должно опираться на концепции и данные исследований из различных областей знания. К особенно важным научным дисциплинам, способствующим изучению проблемы поведения, относятся генетика, биохимия, нейрофизиология, социология, антропология и психология. В нашем обсуждении мы будем ссылаться на такие общие научные понятия, как каузальные процессы, эволюционные влияния, контрольные группы, зависимые переменные, плацебо и различные теоретические позиции.
   Мы призываем вас к оценке, критическому отношению к данным исследований, приведенных в этом учебнике и других источниках. Научное исследование, если оно правильно проведено, снабжает нас информацией, достоверность которой высоко вероятна, но многие поисковые данные подвержены различного рода ошибкам, непреднамеренной предвзятости и потому могут подвергаться серьезным сомнениям. Мы собираемся показать вам некоторые постоянные источники этих ошибок и в какой-то степени научить оценивать и интерпретировать результаты исследований в данной области. Мы полагаем, что приобретение подобных навыков будет вам полезно, что они позволят вам по окончании изучения анормальной психологии понять и оценить высокий уровень исследований, проводимых в рамках данной проблемы.
2. **Осознание общности людских забот.** Надежда, вера, отвага, любовь, скорбь, отчаяние, смерть и поиски ценностей и смысла — все перечисленное не так-то легко исследовать в лаборатории. То, чему может научить нас наука (с помощью методов), мы должны дополнить информацией, полученной благодаря обращению к литературе, театру, автобиографическим воспоминаниям и даже к живописи, истории и религии, чтобы лучше понять данные аспекты человеческого функционирования. Наука, обладая рядом ограничений, тяготеет к абсолютной точности; искусству и гуманитарным дисциплинам, которые не имеют границ, это, как правило, свойственно в меньшей степени.
3. **Уважение к достоинству, целостности и потенциалу роста всех людей, особенно тех, чье нынешнее функционирование может быть подорвано небольшими или достаточно серьезными психологическими проблемами.** Пытаясь обеспечить перспективное видение анормального поведения, мы сосредоточим свое внимание не только на том, как воспринимаются дезадаптивные паттерны клиническими психологами и другими профессионалами, но также и на том, как ощущают и воспринимают их те, кто страдает этими расстройствами, а также их друзья и семьи. В историческом плане многие из расстройств, которые мы будем анализировать, оценивались крайне пессимистически, а их жертвы считались «безнадежными больными». Мы отвергаем подобное отношение и как бездоказательное во многих случаях, и как в некоторой степени задающее программу самоисполняющегося пророчества.

Мы сосредоточимся на четырех важных аспектах каждого паттерна анормального поведения: 1) клиническая картина, в которой мы опишем, как протекает расстройство; 2) возможные причинные факторы; 3) лечение и 4) исходы. В каждом случае мы проанализируем данные, касающиеся биологических, психосоциальных (психологических и социальных) и социокультурных (расширенная социальная среда культуры и субкультуры) влияний. Иначе говоря, мы будем последовательно стараться передать вам ощущение полного контекста, в котором возникают анормальности поведения.

Поскольку это книга посвящена психологии, мы уделим много внимания психосоциальным факторам, участвующим в анормальном поведении. Самые сложные адаптационные проблемы, которые мы прогнозируем в стремительно меняющемся и требующем все больших адаптационных ресурсов будущем, будут психосоциальными по своей природе. Если судить по нашему физическому здоровью, можно заметить все больше признаков, говорящих, что в дальнейшем многое будет зависеть от нашего более тонкого самосовершенствования как психосоциальных и как биологических существ, идея, которую мы подробно разбираем в главе 8. Прогресс в медицине и биомедицинском лечении определенных расстройств попрежнему ограничивает возможность преодоления неэффективных, пагубных или опасных паттернов поведения. Сегодня, например, невозможно даже представить, чтобы прописанное медикаментозное лечение или операция на мозге могли трансформировать личность с отсутствующими важнейшими навыками общительности или упорства в новую личность, способную эффективно преодолевать сложности современной жизни. Осуществление этого требует как улучшенного понимания психосоциальной основы социальной компетентности, так и развития лечебных техник беспрецедентной силы. Задача сложнейшая, но и, по нашему мнению, захватывающая.

Большая часть этой книги будет посвящена представлению известных, хорошо устоявшихся паттернов психических расстройств и особых разновидностей проблемного поведения, которые более спорны, но имеют непосредственное отношение к рассматриваемому вопросу. Сначала, однако, для понимания исторических корней проблемы мы проследим развитие современных взглядов на анормальное поведение, начиная с ранних верований и обычаев вплоть до основных воззрений, которые лежат в основе поисков объяснения, что заставляет человеческие существа вести себя так, как они это делают.

Нерешенные проблемы:

DSM

Как мы увидели, *DSM* является современным стандартом для определения того, что такое психическое расстройство, для дифференциации различных его подтипов. Эта система далека от совершенства, что признают даже ее создатели (Frances et al., 1991). Очевидно, что «операциональный» подход *DSM* помог нам достичь достаточно высоких уровней надежности в диагностическом процессе, особенно там, где используются структурированные диагностические интервью. Однако валидность диагнозов современной *DSM* остается предметом споров. Как отмечалось выше,

последние редакции *DSM* тяготели к потере валидности ради укрепления согласия между диагностами. Это было сделано главным образом путем установления более легко наблюдаемых поверхностных характеристик. Но то, что диагносты приходят к согласию при постановке пациенту диагноза сомнительной валидности или смысла, ни само по себе, ни по своим последствиям не представляет особого прогресса.

При диагностике психических расстройств нелегко одновременно удовлетворить требования и надежности и валидности одновременно. Это вызвано неимоверной сложностью факторов, лежащих в основе и определяющих человеческое поведение. Кроме того, это связано, согласно мнению многих наблюдателей, с нашим выбором неадекватной модели для организации наблюдений за проявлениями поведенческой анормальности. Как вы увидите в двух следующих главах, в истории психопатологии и в нашем понимании анормального поведения господствовала медицинская метафора. Это означает, что разнообразные типы анормального поведения стремились рассматривать как «симптоматические» внешние проявления скрытого недуга («дисфункции»).

Проблема определения

Проблемы возникают с момента определения понятия «психическое расстройство», данного в *DSM-IV*. Как вы помните, это определение требует, чтобы проблемное поведение, если его предполагается квалифицировать как случай психического расстройства, было «симптомом дисфункции индивида». Что означает это выражение? Проблемное поведение не может само по себе быть «дисфункцией», это равноценно утверждению, что психические расстройства обусловлены психическими расстройствами. Обнаружив этот недостаток в определении, Джером Уэйкфилд (Wakefield 1992a, 1992b, 1997) предложил интерпретировать «дисфункцию» как обозначение некоего скрытого механизма, которому не удается работать в «заданном направлении». Это предложение сопряжено с различными логическими и философскими проблемами (см., например, Bergner, 1997; Carson, 1997; Lillienthal & Marino, 1995), детальное обсуждение которых уведет нас далеко в сторону. Мы думаем, что его наиболее яркий дефект очевиден: подобные неисправные механизмы ни разу, за редким исключением, не были точно идентифицированы. Более того, трудно представить, будто в один прекрасный день мы сможем отыскать отдельную скрытую дисфункцию для каждого из почти 300 диагнозов *DSM*. Поэтому *модель симптом/скрытая болезнь* является одновременно гипотетичной и потенциально обманчивой, заставляя нас искать причины там, где их может не быть. Дезадаптивное поведение, согласующееся с биологическими наклонностями индивида (например, с агрессивностью) и опытом развития (например, заброшенность или плохое обращение в детстве), не следует, однако, сравнивать с испорченной машиной для более полного его осмысления.

Проблема взаимоналожения/коморбидности

У нас уже была возможность прокомментировать проблему, связанную с диагностической системой *DSM*, — широко распространенное пересечение идентифицированных диагнозов. В соответствии с принятой медицинской метафорой болезни *DSM-IV* пытается подойти к психическим расстройствам как состоящим из

большого числа дискретных (не пересекающихся) категорий, что очень напоминает способ классификации и диагностики соматических заболеваний.

Требование формулировки точных категорий для диагнозов психических расстройств, которые (как мы утверждали) являются исходно прототипическими по природе, служит причиной многих заблуждений и неправильно нацеленных усилий в этой области. Категориями *DSM* устанавливаются группы, которые не отличаются ни внутренней гомогенностью, ни четкими границами.

Без сомнения, при принятии категориального подхода может быть достигнута определенная экономия времени на коммуникации, особенно среди опытных профессионалов, при условии, что необходимо постоянно помнить, что данная организационная схема по своей природе большей частью обманчива и что в реальности интересующая нас тема даже не приближается к ней по уровню своей дифференциации. Во «Введении» (American Psychiatric Association, 1994, pp. xv-xxv) *DSM-IV* говорится, что ее главная цель состоит в прагматической фасилитации клинических и исследовательских задач. К сожалению, трудно ограничить влияние *DSM* этой прагматической целью. Во многих контекстах, включая юридические (см. главу 18), категории *DSM* материализовались (то есть стали считаться воплощающими конкретные, реальные феномены, предопределенные природой) до не предполагавшегося ранее уровня, провоцируя тем самым недопустимые выводы об истоках поведения людей с психическими расстройствами, такие, например, что эти истоки всегда должны носить особенный характер и полностью не совпадать с истоками нормального поведения.

В одном из эпидемиологических исследований было обнаружено, что, в соответствии с сегодняшними стандартами *DSM*, о 43 миллионах граждан США в возрасте от 15 до 54 лет можно было бы сказать, что они перенесли три или больше *отдельных* психических расстройства, почти исключительно относящихся к I оси (Kessler et. al., 1994). Включение в это важное *NCS*-исследование всего диапазона расстройств II оси бесспорно привело бы к заметному росту числа лиц с множественными психиатрическими диагнозами. Действительно, поступает все больше данных о том,



Несмотря на то что модель симптом/скрытая болезнь используется только для физических заболеваний, она, если ее применить к психическим расстройствам, заставляет нас искать причины там, где их может не быть.

что даже различие между I осью (симптоматические расстройства) и II осью (личностные расстройства) *DSM* может быть теоретически и эмпирически неоправданным (Benjamin, 1994; Greenberg, 1997; Lillienfeld, Waldman, & Israel, 1994; Livesly et. al., 1994). Нам представляется, что попытка создания современной *DSM* привела к нагромождению массы взаимосвязанных психологических проблем, которые кажутся самостоятельными и независимыми расстройствами даже тогда, когда многие факты говорят против подобного взгляда. Некоторые (например, Carson, 1997; Greenberg, 1997; Westen & Shedler, 1999a, 1999b) считают достижение фундаментального прогресса в психопатологических исследованиях непреодолимо трудным процессом в связи с глобальной неточностью упорядочивания явлений, выступающих предметом исследования.

Как ранее отмечалось, хорошую модель проблем, а также их решения, созданных системой *DSM*, представляет собой недавнее исследование существенной коморбидности тревожных расстройств (глава 7) и депрессии (глава 6). Минека, Уотсон и Кларк (Mineka, Watson & Clark, 1998) описывают, по сути, многоуровневый анализ как тревожных, так и депрессивных расстройств. Они делают заключение, что каждое из них имеет какие-то общие и какие-то особенные черты, и возможно, что различные признанные типы тревожных расстройств также имеют свои собственные отчетливые составные черты, которые варьируют при пересечении с депрессивным переживанием. Например, согласно их предположению, главный фактор дистресса, определяемый как «негативный аффект» (ощущение себя удрученным, наталкивающимся на препятствия и сомневающимся в себе), является общим для тревожных расстройств и депрессии и несет основную ответственность за появление тревожно-депрессивной диагностической коморбидности.

Расширение понятия «психическое расстройство»

Поскольку, как мы видели, в понятии психического расстройства отсутствуют подлинно объективные критерии определения его границ и по причине экономической и прочей заинтересованности перевода психологами в плоскость «психических нарушений» все большего числа моделей человеческого поведения, постольку оказывается постоянное давление, провоцирующее включение в *DSM* все новых и новых разновидностей социально нежелательного поведения. Например, одно из недавних предложений — включение в следующую редакцию *DSM* «дорожной ярости» (гнев на других водителей) в качестве вновь открытого психического расстройства (Sharkey, 1997). Имеется заслуживающая внимания неофициальная информация о том, что члены распорядительного комитета, ответственные за разработку *DSM-IV*, потратили много сил на то, чтобы не включать подобные легкомысленные предложения, и успешно справились с отбраковкой дополнительных диагнозов, не считая уже имеющихся в предыдущей редакции (*DSM-III-R*), путем принятия строгих критериев для их включения. Тем не менее это сражение обещает быть трудным. Профессионалы, работающие в сфере охраны психического здоровья, как и представители других профессий, склонны видеть мир сквозь линзу, повышающую значимость явлений, находящихся в сфере их ведения. Кроме того, включение расстройства в *DSM* — необходимое условие того, чтобы страховые компании компенсировали расходы на оказанные услуги.

Поэтому осуществление строгого контроля при отборе предлагаемых расширений понятия «психического расстройства» в интересах всего общества. Возможно, неудача в решении данной проблемы в итоге приведет к ситуации, когда почти все, за исключением наиболее невыраженного, конформистского и традиционного поведения, может быть объявлено проявлением психического расстройства. К тому моменту данное понятие сделается настолько расплывчатым, что потеряет большую часть своего научно продуктивного смысла.

Хотя некоторые специалисты по охране психического здоровья питают серьезные опасения насчет переоценки классификационных и диагностических процедур, большинство из них не рекомендует бездумно отказываться или игнорировать эти способы. Они, может быть, и далеки от идеала, но образуют стандартный отраслевой язык как для формальной (особенно опирающейся на исследования), так и неформальной коммуникации. Студентам необходимо познакомиться с используемой системой. Мы надеемся, что эта дискуссия позволила вам получить более четкое представление о классификационных проблемах, стоящих перед нами.

Резюме

Встречи с проявлениями внешне анормального поведения — обычный опыт для любого из нас. И это неудивительно в свете статистики распространенности такого поведения, указывающей, что около половины американцев когда-нибудь в жизни перенесут диагностируемое психическое расстройство I оси. Поэтому чрезвычайно желательно иметь некоторое представление о психических расстройствах, чему и посвящена эта книга.

Однако трудностей в понимании данного вопроса, к сожалению, больше, чем при решении многих других проблем, даже в связи с такой основной проблемой, как определение границ деятельности. Формальное определение психического расстройства в формулировке четвертой редакции *Руководства по диагностике и статистике психических расстройств* (*DSM-IV*) отягощено некоторыми неточностями, ограничивающими его ясность (что такое эти вмененные «дисфункции»?) и объективность (кто будет решать, что является «пагубным»?). Возможно, что проблема определения не имеет совершенного или свободного от ценностного оттенка решения, но авторы предпочитают, например, сделать акцент на дезадаптивности поведения. Важно, что последнее положение не переводит все психические расстройства в разряд недомоганий, описывающих только внутреннее состояние индивидов.

Существуют проблемы и с методами определения категорий классификации, взятыми на вооружение *DSM-IV*. Примечательно, что категории не приводят ни к убедительной внутриклассовой гомогенности, ни к межклассовому разграничению и способствуют, в свою очередь, наряду с другими проблемами проявлению очень высоких уровней коморбидности среди расстройств. Одним из возможных решений этой проблемы может быть ранжирование явлений психических расстройств. Другой путь — открытое принятие прототипического подхода, и именно это фактически делает, не признавая того, *DSM-IV*. Впрочем, невзирая на все проблемы, знание *DSM* необходимо для серьезного изучения предмета.

Самый верный способ избежать недоразумений и ошибок — принять научную установку и подход к изучению анормального поведения. Это предполагает, среди прочего, сосредоточенность на исследованиях и их методах, включая оценку различия между тем, что мы можем наблюдать, и тем, что гипотетично или получено в результате теоретических изысканий. Большая часть предмета анормальной психологии относится именно к последней категории. Исследование анормальных состояний при ожидании валидных результатов должно проводиться с людьми, репрезентативными в отношении диагностических групп, к которым они предположительно относятся, — требование часто нелегко выполняемое. Мы также не должны забывать о том факте, что простая корреляция не устанавливает каузальную связь между рассматриваемыми переменными. Исследователи прибегают к экспериментальным методам и исследованиям с перспективными стратегиями, чтобы разрешить вопросы причинности, но эти подходы не всегда оказываются успешными и эффективными. Метод разбора индивидуальных случаев, несмотря на свои слабые стороны, остается часто используемой исследовательской техникой.

Главная цель авторов этой книги — объединить все лучшее в науке и гуманистических взглядах на проблему с целью подготовки читателя к изучению анормальной психологии.

ГЛАВА 2

Исторические взгляды на анормальное поведение

Анормальное поведение в древние времена

Есть и смешное и трагическое в ошибках и заблуждениях, которые составляют часть истории наших поисков понимания анормального поведения. Но столь же верно и то, что у многих современных научных концепций и методов лечения давным-давно существовали свои аналоги. Например, свободные ассоциации — техника, используемая в психоаналитической терапии XX столетия, описана греческим драматургом Аристофаном в пьесе «Небеса» (423 г. до н. э.). В сцене, где Сократ старается успокоить Стрепсиада и привести его к самопознанию, есть даже кушетка.

В этой главе мы проследим эволюцию взглядов на психопатологию и методы ее лечения от древних времен до XX века. Мы проследим эволюцию, берущую начало от верований, которые мы сегодня считаем суевериями, и приходящую к убеждениям, основанным на научном знании — от сосредоточенности на сверхъестественных признаках до знания естественных причин. Ход этой эволюции нередко был отмечен периодами прогресса или уникального вклада отдельных лиц, за которыми следовали долгие годы бездействия или непродуктивного отступления.

Как мы увидим, сегодняшние взгляды на анормальное поведение сформировались под влиянием господствующих исторических установок и научного прогресса. Одно способствовало росту и часто стагнации другого. Например, в определенные периоды древнегреческой истории человеческое тело почиталось священным. Вскрытие тела человека после смерти не проводилось, что тормозило познание его анатомии и биологических процессов. Много позже, на протяжении XIX и в начале XX века, убежденность в необходимости биологического (медицинского) пути лечения психических расстройств воспрепятствовала изучению психологических причин их возникновения. Даже сегодня, акцентируя внимание на биологических причинах и методах лечения, многие специалисты недооценивают значение психологических причин и методов.

Если мы считаем, что на сегодняшний день мы имеем глубокие знания и гуманный подход к лечению душевнобольных, то нам следует еще раз хорошо подумать. Мы все еще связаны культурно обусловленными ограничениями и верованиями. У многих отношение к людям, которые отличаются от них, сформировано, по крайней мере отчасти, под действием суеверия и страха. Даже сегодня можно встретиться с суеверием и ненаучным мышлением, влияющим на манеру поведения людей.

Мы знаем из сводок новостей, что жертвоприношения и сатанинские обряды по-прежнему существуют, а некоторые наши лидеры обращаются к астрологам и при принятии важных решений сверяются с гороскопами!

Хотя считается, что человек появился на Земле около 3 миллионов лет тому назад или больше, письменные свидетельства его пребывания охватывают лишь несколько тысяч лет. Поэтому наши знания о древних предках ограниченны.

Два египетских папируса, датированные XVI веком до нашей эры, предоставили некоторые сведения об интересе к лечению болезней и расстройств поведения еще в те времена. В папирусе Эдвина Смита (названном в честь его первооткрывателя, жившего в XIX веке) содержатся подробные описания лечения ран и других хирургических операций. В нем описан головной мозг, возможно, впервые в истории. Из текста ясно, что мозг признавался частью тела, ответственной за ментальные функции. Для XVI века до нашей эры мы можем считать это замечательным открытием; оно становится еще более удивительным, как только мы осознаем, что этот папирус считается копией, снятой с еще более раннего труда, составленного около 3000 лет до нашей эры. В папирусе Эберса изложены другие взгляды на лечение. В нем рассматриваются пути борьбы с болезнями внутренних органов и кровеносной системы, но больше доверия, судя по его содержанию, тогда испытывали к заклинаниям и магии при объяснении и лечении недугов, причины которых неизвестны. Хотя не исключено, что уже тогда применялись хирургические техники. Они, вероятно, сочетались с молитвами и обрядами, что отражало господствующие воззрения на происхождение расстройств поведения, к чему мы сейчас и перейдем.

Демоны, боги и магия

Упоминания об анормальном поведении в ранних текстах свидетельствуют, что китайцы, египтяне, евреи и греки зачастую приписывали подобное поведение демону или богу, который овладел человеком. Такое представление не может удивить. «Добрые» и «злые» духи часто считались причиной возникновения молнии, грома, землетрясений, бурь, пожаров, болезней, других событий, которые иначе не поддавались объяснению. Простым и логичным шагом было распространение этой теории и на странное, непонятное поведение.

Решение о том, какими именно духами вызвана «одержимость», добрыми или злыми, обычно зависело от индивидуальных симптомов. Если казалось, что речь или поведение человека имеет религиозное или мистическое значение, то обычно считалось, что он одержим добрым духом или богом. К таким людям нередко относились с благоговением и уважением, ибо считалось, что они владеют сверхъестественной силой.

Большинство случаев одержимости, однако, рассматривалось как деятельность злобного бога или злого духа, особенно когда человек приходил в возбуждение или становился сверхактивным и предавался поведению, входившему в противоречие с религиозными учениями. Древние евреи, к примеру, полагали, будто такая одержимость свидетельствует о Божьем гневе и Божьей каре. В Библии приводятся слова Моисея: «Господь поразит тебя безумием». Очевидно, считалось, что эта кара выводит человека из-под защиты Бога и предает его силам зла. В подобных случаях

прилагались все силы, чтобы избавить человека от злого духа. Предание гласит, что Иисус исцелил человека, одержимого «нечистым духом», направив мучавших его дьяволов в стадо свиней, которые, в свою очередь, сделались одержимыми, и «устремилось стадо с крутизны в море» (Мк. 5: 1–13).

Демоническая одержимость лечилась в первую очередь путем экзорцизма, который подразумевал разнообразные техники изгнания злого духа из пораженного им человека. Эти техники значительно варьировали, но обычно включали в себя магию, молитвы, заклинания, шум и применение различных снадобий, ужасных на вкус, например слабительного, представлявшего собой смесь вина с овечьим пометом. Более суровые меры, такие как голодание или порки, использовались в крайних случаях, чтобы сделать тело одержимого столь непривлекательным местом, что злой дух будет изгнан. Экзорцизм как способ лечения мы рассмотрим в этой главе позднее, когда речь пойдет о Средних веках. Неизменная популярность фильмов и книг, посвященных одержимости и экзорцизму, наводит на мысль, которую подтверждают недавние газетные сообщения о жертвоприношениях животных и занятиях колдовством (явно длящихся по сей день), что эти примитивные идеи до сих пор сохраняют свою привлекательность.

Экзорцизм изначально был уделом шаманов или лиц, считавшихся наделенными целительной силой, однако, в конечном счете, в Египте и Греции стал считаться прерогативой жрецов, которые выступали в роли святых, врачей, психологов и магов. Многие из их целительных средств были основаны на магических ритуалах. Хотя обычно эти жрецы верили в демонов и прибегали к устоявшимся правилам экзорцизма, считается, что многие из них лечили людей с психическими нарушениями достаточно гуманными методами. В Древней Греции, например, жрецы заставляли больных спать в храмах бога Асклепия. Предполагалось, что сны, которые там приснятся, подскажут, в чем они нуждаются, чтобы выздороветь. Жрецы дополняли молитвы и заклинания сердечным отношением, суггестиями и реабилитационными мероприятиями — играми, верховой ездой, прогулками и гармоничной музыкой.



Вера Гиппократа (460–377 гг. до н. э.) в то, что психические заболевания вызываются естественными причинами и мозговой патологией, была революционной для своего времени.

Ранние медицинские концепции Гиппократа

Греческие храмы исцеления были учреждены в «золотом веке» Греции при афинском правителе Перикле (461–429 гг. до н. э.). В это время наблюдался значительный прогресс в познании и лечении психических расстройств. Любопытно, что этот прогресс состоялся, несмотря на тот факт, что греки почитали человеческое тело священным и мало знали об анатомии и физиологии человека. В это время жил и внес значительный вклад в развитие медицины греческий врач Гиппократ (460–377 гг. до н. э.). Его часто называют отцом современной медицины.

Гиппократ отрицал, что божества и демоны вмешиваются в развитие болезней, и настаивал на том, что психические заболевания имеют естественные причины и требуют лечения, как и другие недуги. Он считал, что мозг — главный орган умственной деятельности и что психические заболевания связаны с мозговой патологией. Им также подчеркивалась важность наследственности и предрасположенности и указывалось, что травмы головы способны вызывать сенсорные и двигательные расстройства.

Гиппократ разделил все психические расстройства на три главные категории — манию, меланхолию и френитис и дал подробное описание отдельных расстройств, включенных в каждую из них. Он опирался на клиническое наблюдение, и его описания, которые основывались на ежедневных клинических записях о пациентах, были на удивление доскональными. Гиппократ считал, что сновидения важны для понимания личности пациента. В этом пункте он не только развил представление, имевшееся у жрецов храма Асклепия, но также стал предвестником основной концепции современной психодинамической психотерапии.

Методы лечения, за которые ратовал Гиппократ, ушли далеко вперед от господствовавшей тогда практики экзорцизма. Для лечения меланхолии он, например, предписывал размеренную и спокойную жизнь, умеренность и воздержание от всяких излишеств, растительную диету, необременительные физические упражнения и кровопускание по показаниям. Он также понимал важность воздействия окружающей среды и часто удалял больных из их семей.

Акцент Гиппократа на естественных причинах болезней, клиническом наблюдении и мозговой патологии как источнике психических расстройств был поистине революционным. Однако Гиппократ, как и его современники, имел слабое представление о физиологии. Он считал, что истерия (видимость физического недуга при отсутствии органической патологии) свойственна лишь женщинам и вызывается маткой, блуждающей по различным участкам организма, тоскуя по детям. (См. справку 2.1.)

В качестве лучшего средства от этой «болезни» Гиппократ рекомендовал брак. Он также верил в существование четырех телесных жидкостей, или гуморов: крови, черной желчи, желтой желчи и флегмы. Хотя концепция гуморов выходила далеко за пределы понятий о демонах, в физиологическом смысле она была слишком не точной, чтобы иметь большую терапевтическую ценность. Тем не менее в своем акценте на важность телесной гармонии для психического здоровья она может считаться предтечей сегодняшней сосредоточенности на необходимости биохимического баланса для поддержания нормального функционирования мозга и хорошего здоровья.

Ранние философские концепции сознания и поиски души

Проблему обращения с душевнобольными индивидами, совершившими криминальные деяния, изучал греческий философ Платон (429–347 гг. до н. э.). Он писал, что такие лица в «очевидном» смысле не могут отвечать за свои действия и не должны нести наказание в том же порядке, что и нормальные люди: «...некто может совершить деяние, будучи безумным или пораженным болезнью... [Если так] пусть он просто заплатит за ущерб; и пусть он будет избавлен от другого наказания». Платон также заботился о том, чтобы душевнобольные оказывались на попечении общины. Выступая с этими гуманными предложениями, Платон обращался к проблемам, не решенным и сегодня, например, является ли невменяемость поводом для юридической защиты. **Невменяемость** — юридический термин для психических расстройств, который подразумевает непонимание того, что можно и что нельзя с точки зрения закона и, следовательно, отсутствие ответственности за собственные деяния, а также неспособность справляться со своими повседневными заботами. Даже сегодня вопрос о том, имеет ли отношение к юридической защите психическое состояние человека в момент преступления, выступает предметом широких дебатов. (Мы вернемся к этой проблеме в главе 18.)

СПРАВКА 2.1

Заблуждения о здоровье женщин в истории анормального поведения

В истории анормального поведения женщины часто претерпевали несправедливое отношение, возможно, потому, что большинство из тех, кто писал историю этой отрасли, были мужчинами, которые не могли достаточно хорошо понять женские переживания. В прошлом, при попытке понять или объяснить психические заболевания, репродуктивная роль женщин, к примеру, связывалась с разнообразными психологическими «расстройствами». Неправильные взгляды на здоровье женщин в истории анормальной психологии отчасти возникли и из-за того, что они на разных этапах развития общества часто становились жертвами более широких социальных установок, связанных с вопросами пола и воспроизводства. Ролевые экспектации, в различные исторические периоды адресовавшиеся женщинам в связи с воспроизводством, нередко шли вразрез с их адаптивными возможностями и приводили к значительному недомоганию. Когда все большее число женщин стало получать высшее образование, исторически сложившиеся представления, особенно в отношении социальных влияний на психические расстройства у женщин, стали постепенно изменяться (Tomes, 1994). Однако сегодня все еще можно встретиться с социально-ролевыми установками и экспектациями, которые порождают в женщинах значительную неуверенность и тревогу.

Исследование женских переживаний в связи с бездетностью обнаруживает выраженное горе и неудовлетворенность. Обладание способностью или потенциалом для воспроизводства нашего рода – чудесная сила, которой владеют женщины. Однако этот дар тоже внес свою лепту в тяжелые жизненные обстоятельства, проблемные ролевые экспектации, принеся с собой элементы трагедии. В содержащей много интересной информации книге «Бесплодная на земле обетованной» *(Barren in the promised land*, May, 1995) историк Элейн Мэй проследила историю американских социальных экспектаций о репродукции и воздействие, которое как репродукция, так и бесплодие оказывают на женщин. Мэй изучила последствия

Платон рассматривал психические явления как реакции всего организма, отражающие его внутреннее состояние и естественные склонности. Можно сказать, что он также предвосхитил инсайт Фрейда в функции фантазий и снов как суррогатный способ получения удовлетворения. В «Государстве» Платон подчеркнул важность индивидуальных различий для интеллектуальных и других способностей, указывая на роль социокультурных влияний в формировании мышления и поведения. Его идеи относительно лечения включали в себя обеспечение «госпитального» ухода за индивидами, у которых развивались убеждения, противоречащие социальному порядку. Предполагалось, что в таких учреждениях они будут вести периодические беседы, аналогичные психотерапии, для исцеления своих душ (Milns, 1986). Однако, несмотря на эти прогрессивные идеи, Платон разделял веру в то, что психические расстройства отчасти имеют божественное происхождение.

Знаменитый греческий философ Аристотель (384–322 гг. до н. э.), ученик Платона, много писал о психических расстройствах. Один из важных вкладов в психологию — его описания сознания. Он тоже предвосхитил Фрейда в его воззрении на «мышление» как на направленное стремление к избавлению от боли и достижению удовольствия. Что касается вопроса, могут ли психические расстройства вы-

бездетности в Америке и определила пути, с помощью которых социальные экспектации и одержимость фертильностью причинили женщинам нашего общества неимоверные страдания. В различные исторические эпохи диктовались весьма разные установки по отношению к деторождению, и женщинам предъявлялись крайне непохожие социальные экспектации относительно воспроизводства. В качестве примера покажем несколько вариантов социального климата.

- В ранние периоды американской истории, когда фертильность и воспроизводство связывались с выживанием рода, женщинам вменяли в заслугу иметь много детей. Неспособность иметь детей налагала социальное клеймо «бесплодия», что некоторые рассматривали как моральное падение женщины.
- Во времена работорговли, широко распространенной в XVII и XVIII веках, афроамериканских женщин принуждали вынашивать детей с целью наживы.
- В начале XX века, в период агонии евгенического движения, многие женщины, обычно из низших слоев общества или этнических меньшинств, были стерилизованы, поскольку их сочли «непригодными» для материнства.
- В наши дни возникают определенные социальные установки, которые побуждают женщин, отдавших предпочтение не семье, а карьере, не заводить детей сразу, а отодвинуть это решение на неопределенное время или не иметь их вовсе. Это решение, однако, порой приводит к последующему раскаянию и переживаниям.

Мы можем видеть, что варьирующие, зачастую исключительно тяжелые роли, которые отводили женщинам в прошлом, способны вызвать чувство скорби и, возможно, привести к психологическим расстройствам. Можно надеяться, что исторические анализы вроде того, что предприняла Мэй, смогут в той или иной степени компенсировать предвзятость, которая господствовала в исторических мнениях в прошлом как результат социальных экспектаций.

зываться психологическими факторами, такими как фрустрация и конфликт, то Аристотель обсуждал эту возможность и отверг ее; его инициатива по этому поводу была широко поддержана. Аристотель верил в теорию Гиппократа о влиянии желчи на состояние человека. Например, он считал, что очень горячая желчь порождает любовные желания, говорливость и суицидальные побуждения.

Греческая и римская мысль в поздние времена

Деятельность Гиппократа была продолжена в дальнейшем некоторыми греческими и римскими врачами. Александрия в Египте (ставшая центром греческой культуры после ее основания в 332 г. до н. э. Александром Великим) — место бурного развития медицинской практики, а храмы Сатурна были первоклассными санаториями. Считалось, что красивые окрестности оказывают огромное целительное воздействие на психически больных, которых старались постоянно чем-нибудь занять: праздничными собраниями, танцами, прогулками в садах храма, путешествиями по Нилу и музыкальными концертами. Врачи того времени также использовали широкий круг терапевтических процедур, включающих диету, массаж, гидротерапию, гимнастику и просвещение, равно как и некоторые менее желаемые процедуры — кровопускание, очищение кишечника и ограничение движений.

Одним из самых влиятельных греческих врачей был Гален (130–200 гг. н. э.), имевший практику в Риме. Он придерживался постулатов Гиппократа, но не смог развить далее систему лечения или клиническое описание психических расстройств. Скорее, его вклад был связан с рядом оригинальных работ по анатомии нервной системы. (Эти открытия опирались на изучение внутренних органов животных посредством их вскрытия, поскольку вскрытие людей все еще было запрещено.) Гален также поддерживал научный подход изучения анормального поведения, относя причины психологических расстройств к физическим и психическим категориям. Среди названных им причин были травмы головы, избыточное употребление алкоголя, шок, страх, подростковый возраст, менструальные изменения, экономические перемены и разочарование в любви.



Гален (130–200 гг. н. э.) считал, что психологические расстройства могут вызываться либо физическими причинами, такими как травмы головы, либо душевными, например разочарованием в любви.

В римской медицине отражался характерный для римлян прагматизм. Римские врачи хотели создать своим пациентам комфорт и потому прибегали к приятным физическим процедурам, таким как теплые ванны и массаж. Они также следовали принципу *contrariis contraries* (противоположное противоположным), например, давая больным пить охлажденное вино, поместив их в теплую ванну.

Хотя историки в целом сходятся в том, что падение Рима в конце V века явилось разграничительной чертой между античностью и Средневековьем, «темные века» в истории анормальной психологии начались гораздо раньше, со смертью Галена в 200 году нашей эры. Достижения Гиппократа и позднее других греческих и римских врачей скоро канули в небытие под давлением народного суеверия. Несмотря на то что можно найти некоторые исключения, большинство римских врачей вернулись к той или иной вере в демонов как фактору, лежащему в основе анормального поведения.

Взгляды на анормальность в Средние века

В Средние века некоторые научные аспекты греческой медицины выжили в исламских странах Среднего Востока. Первая психиатрическая больница была основана в Багдаде в 792 году; за нею вскоре последовало открытие других в Дамаске и Алеппо (Polvan, 1969). В этих больницах душевнобольные получали гуманное лечение. Выдающимся деятелем исламской медицины был Авиценна из Аравии (980–1037), прозванный «князем медицины» (Campbell, 1926), автор «Медицинского канона», возможно, наиболее широко изучаемого медицинского труда из всех когда-либо написанных. В своих работах Авиценна часто писал об истерии, эпилепсии, мании и меланхолии.

Следующая история показывает его уникальный подход к лечению молодого принца, страдавшего психическим расстройством: «У одного принца была меланхолия, и он страдал из-за того, что возомнил себя коровой... он мычал, как корова, досаждая всем окружающим... причитая: "Убейте меня, чтобы из моей плоти вышло доброе мясо", наконец... он перестал принимать пищу. Авиценну пригласили лечить его. Прежде всего он направил больному послание, в котором приказывал быть в хорошем расположении духа, ибо мясник собирается забить его, на что... больной ответил ликованием. Некоторое время спустя Авиценна, держа в руке нож, вошел в покои больного со словами: "Где эта корова, которую я могу забить?" Больной замычал, как корова, чтобы указать, где он. По приказу Авиценны его уложили на пол со связанными руками и ногами. Затем Авиценна ощупал его всего и сказал: "Он слишком тощ, и его нельзя сейчас забить; его следует откормить". После этого больному предложили пищу, которую он теперь начал есть с неистовым рвением и постепенно набрался сил, избавился от своей иллюзии и полностью выздоровел» (Browne, 1921, pp. 88–89).

К несчастью, большинство западных практикующих врачей времен Авиценны обращались с душевнобольными иначе. Прогресс, достигнутый мыслителями античности, мало влиял на подходы большинства людей к анормальному поведению.

В средневековой Европе (500–1500) научное изучение анормального поведения имело ограниченный характер, а лечение душевнобольных индивидов чаще сопровождалось ритуалами и суеверием, нежели попытками понять состояние человека.

В отличие от эры Авиценны в исламских странах Среднего Востока или от эпохи Просвещения в XVII и XVIII веках, Средневековье в Европе можно охарактеризовать главным образом как вакуум с точки зрения научного мышления и гуманного лечения душевнобольных. Как можно увидеть из справки 2.2, такая же последовательность событий отмечалась и в других частях света.

Психические расстройства в средневековой Европе были распространены весьма широко, особенно к концу этого периода, когда средневековые институты, социальные структуры и верования начали разительно изменяться. В это время возрастает популярность объяснений причин психических недугов при помощи сверхъестественных сил. Несомненно, в данных условиях было трудно преуспеть в познании и лечении анормального поведения. Хотя влияние теологии стремительно росло, «грех» не всегда считался причинным фактором душевной болезни. Например, Кролл и Бахрах (Kroll & Bachrach, 1984) проанализировали 57 эпизодов психических недугов, начиная от безумия и одержимости и заканчивая алкоголизмом и эпилепсией. Они обнаружили упоминание о грехе лишь в девяти случаях (16%). Чтобы лучше понять этот смутный период истории, давайте рассмотрим два события тех времен — массовое безумие и экзорцизм с целью увидеть их отношение к взглядам на анормальное поведение.

Массовое безумие

Во второй половине европейского Средневековья в попытках понять анормальное поведение возникла своеобразная тенденция. Она предполагала **массовое безумие** — широко распространенное явление групповых поведенческих расстройств, которые носили истерический характер. Одновременно под его влиянием оказывались большие группы людей. Еще в X веке можно найти упоминание о танцевальных маниях (эпидемии неистовства, прыжков, приплясывания и конвульсий). Один такой эпизод, имевший место в Италии в начале XIII века, был известен как **тарантизм**. Эта танцевальная мания позднее распространилась на Германию и остальную Европу, где



Исламский врач Авиценна (980–1037) придерживался гуманного подхода к лечению психических расстройств, о чем не имели представления западные практикующие врачи того времени.

называлась **пляской святого Витта**. Поведение было похоже на древние обряды, сопровождавшиеся оргиями, в ходе которых люди поклонялись греческому богу Дионису. С приходом христианства эти ритуалы были запрещены, но они глубоко укоренились в культуре и явно поддерживались членами тайных собраний (что, вероятно, провоцировало переживание чувства вины и конфликт). Затем, со временем, смысловая нагрузка танцев изменилась. Древние обряды возникли вновь, но они приписывались симптомам, возникающим после укуса тарантула. Участники больше не были грешниками, они считались невинными жертвами духа тарантула. Танец превратился в метод «лечения» и лег в основу другого, который мы знаем сегодня как тарантеллу.

СПРАВКА 2.2

Ранние воззрения на психические расстройства в Китае

Следующий отрывок взят из древнекитайского медицинского трактата, предположительно написанного Хванг Ци (2674 г. до н. э.), третьим легендарным китайским императором. В настоящее время историки считают, что текст был написан позднее, возможно, в VII веке до нашей эры:

«Человек, страдающий нездоровым возбуждением, сначала испытывает печаль, меньше ест и меньше спит; затем он ощущает себя весьма изящным и благородным, говоря и бранясь денно и нощно, распевая песни, ведя себя странно, видя странные вещи, слыша странные голоса, полагая, будто может увидеть дьявола или богов» (Tseng, 1973, p. 570).

Даже в те ранние времена китайская медицина опиралась на веру в природные, а не в сверхъестественные причины болезней. Например, в концепции Инь и Ян человеческое тело, подобно космосу, разделено на негативные и позитивные силы, которые одновременно дополняют и противоречат друг другу. Если две силы уравновешены, то результатом оказывается физическое и психическое здоровье; если нет – результатом будет болезнь. Поэтому лечение сосредотачивалось на восстановлении баланса: «В качестве лечения при таком возбужденном состоянии было назначено воздержание от приема пищи, ибо пища считалась источником позитивной силы, а больной, как представлялось, нуждался в ограничении этой силы» (p. 570).

Китайская медицина достигла сравнительно высокого уровня развития во II столетии, и Чунг Чинг, прозванный китайским Гиппократом, около 200 года нашей эры написал два хорошо известных медицинских труда. Как и Гиппократ, в своих взглядах на физические и психические расстройства он опирался на клинические наблюдения и видел первопричины в патологии органов. Однако он верил и в то, что стрессовые психологические состояния способны вызывать органическую патологию, а его методы лечения, как и Гиппократа, подразумевали не только назначение лекарств, но и восстановление эмоционального равновесия через надлежащие занятия.

Как и на Западе, китайские воззрения на психические расстройства регрессировали до веры в сверхъестественные силы как причинные факторы. Начиная со второй половины II века, и вплоть до первой половины IX века, призраки и демоны оказывались виновными в безумии, которое предположительно являлось результатом одержимости ими. «Темные века» в Китае, однако были не такими суровыми с точки зрения лечения душевнобольных и не такими долгими, как на Западе. В последующие столетия произошел возврат к биологическим, соматическим (телесным) взглядам и акценту на психосоциальных факторах.

Изолированные сельские местности поражались также вспышками **ликантропии** — состояния, в котором люди считали себя волками и имитировали их поведение. В 1541 году было сообщено о случае, когда ликантроп заявил поймавшим его людям, что на самом деле он волк, но его шкура снаружи гладкая, потому что вся шерсть ушла внутрь (Stone, 1937). С целью лечения его от иллюзий ему ампутировали конечности, после чего он скончался, так и не исцелившись.

Массовое безумие периодически вспыхивало вплоть до XVII столетия, но его пик пришелся на XIV и XV века — период, отмеченный социальными притеснениями, голодом и эпидемиями. В тот период Европа была опустошена чумой, известной как Черная смерть, которая убила миллионы людей (по некоторым оценкам, тогда умерло 50 % населения Европы) и тяжело подорвала социальные структуры. Не приходится сомневаться, что многие удивительные случаи массового безумия были связаны с депрессией, страхом и диким мистицизмом, порожденными ужасными событиями того времени. Люди просто не могли поверить, что такие чудовищные катастрофы, как Черная смерть, могли иметь естественные причины и что в их силах установить над ними контроль, предотвратить или даже создать.

Сегодня так называемая массовая истерия встречается редко; поражение обычно напоминает какую-то разновидность физического расстройства, например обморочные состояния или конвульсивные движения. В 1982 году, после прогремевшей на всю страну истории о жителях Чикаго, отравившихся капсулами с тайленолом, калифорнийские органы здравоохранения сообщили о внезапной волне недомоганий у 200 человек, которые пили содовую во время футбольного матча в средней школе. Никакой объективной причины для этих недомоганий отыскать не удалось, и должностные лица рассудили, что большинство пострадавших пережили своего рода массовую истерию, спровоцированную инцидентом с тайленолом (United Press International, 1982). Другой случай явной массовой истерии произошел у сотен палестинских девушек с Западного Берега в апреле 1983 года. Этот эпизод грозил серьезными политическими последствиями, так как некоторые арабские и израильские лидеры сначала решили, что девушек отравили израильтяне; позднее сотрудники здравоохранения пришли к выводу, что в большинстве случаев главную роль сыграли психологические факторы (Hefez, 1985).



Похоже, что массовые расстройства возникают в периоды широкого распространения общественного страха и стресса, наподобие тех, что ощутили эти палестинские школьницы с Западного Берега, у которых в апреле 1983 года развились одни и те же загадочные симптомы. Хотя арабские лидеры заподозрили сначала, что девушки стали жертвами израильского заговора и были отравлены, позднее сочли, что в возникновении этих симптомов важную роль сыграли психологические факторы.

Экзорцизм и колдовство

В средневековой Европе лечение душевнобольных были передано главным образом в руки духовенства. Монастыри служили прибежищами и местами заключения. На заре средневекового периода с психически больными обращались в основном с большой сердечностью. «Лечение» состояло из молитв, питья и умывания святой водой, священных помазаний, выдыхаемого воздуха или слюны священников, прикосновения к мощам, посещения святых мест и **экзорцизма** в мягких формах. В некоторых монастырях и обителях процедуры экзорцизма выполнялись путем бережного «наложения рук». Подобные методы часто объединялись со смутно понятым медицинским лечением, заимствованным преимущественно у Галена, что положило начало предписаниям типа следующего: «Для человека, одержимого дьяволом. Когда дьявол владеет человеком или руководит им изнутри при помощи болезни, рвотное питье из люпина, *bishopswort*, белены, чеснока. Растолочь все вместе, добавить эля и святой воды» (Cockayne, 1864–1866). Интересно, что недавно произошло возрождение суеверия, и можно найти, например, тех, кто считает, будто психологические проблемы вызываются сверхъестественными силами и что «исцеление» должно подразумевать экзорцизм с целью избавления людей от нежелательных особенностей или «заклятия». Экзорцизм от случая к случаю практикуется и сегодня.

Долго считалось, что в Средние века многих психически больных людей обвиняли в колдовстве и потому наказывали, а зачастую — убивали (например, Zilboorg & Henry, 1941). Однако некоторые более поздние интерпретации поставили под сомнение утверждение о большой распространенности данных событий. Шенеман (Schoeneman, 1984), например, при обзоре литературы обнаружил, что «типичная женщина, обвиненная в колдовстве, была нищенкой с острым языком и скверным характером» (p. 301). Он идет дальше, говоря, что «колдовство, по сути, никогда не считалось разновидностью одержимости ни охотниками за ведьмами, ни толпой, ни современными историками» (p. 306). Возможно, что понятие «никогда» есть преувеличение; понятно, что некоторых психически больных людей осудили за колдовство. В противном случае, как вы увидите в следующем разделе, зачем отдельные врачи и мыслители тратили много сил, чтобы разоблачить обманчивость связи между ним и болезнью? В случае колдовства и психических заболеваний путаница может быть связана отчасти с неясностью вопроса о демонической одержимости.

Даже Роберт Бертон (1576–1640), просвещенный ученый-медик, в своем классическом труде «Анатомия меланхолии» (1621) (старое название депрессии) рассматривал демоническую одержимость как потенциальную причину расстройства. Существовали два типа демонически одержимых людей: те, что были одержимы физически, считались безумными; тех же, что были одержимы духовно, называли колдунами. Возможно, со временем различие между этими двумя категориями было забыто, что привело к не очень точному мнению, будто колдовство и психические заболевания связаны друг с другом чаще, чем это было на самом деле.

Смена взглядов на связь колдовства с психическими заболеваниями указывает на еще более широкую проблему — затруднения при точной интерпретации исторических событий. Мы рассмотрим эту концепцию подробнее в разделе «Неразрешенные проблемы» в конце настоящей главы.

О гуманитарных подходах

На исходе Средних веков и на заре Ренессанса научная мысль возродилась и возникло движение, подчеркивающее важность учета интересов и забот человека — движение (сохраняющееся по сей день), которое можно широко определить как гуманизм. Вследствие этого суеверные убеждения, которые тормозили познание и терапевтическое лечение психических расстройств, начали вызывать сомнения.

Возрождение научной мысли в Европе

Швейцарский врач Парацельс (1490–1541) был первым критиком суеверных убеждений о существовании одержимости. Он настаивал на том, что танцевальная мания не одержимость, но форма болезни, и должна подлежать лечению. Парацельс также постулировал конфликт между природой инстинкта и духа у человека, сформулировал идею о психических причинах душевных заболеваний и ратовал за лечение «телесным магнетизмом», позднее названным гипнозом (Mora, 1967). Хотя он отрицал наличие демонов, его взгляд на анормальное поведение не был свободен от астральных влияний (слово «лунатик» происходит от латинского слова *luna*). Он был убежден, что луна оказывает сверхъестественное влияние на мозг, мысль, которая существует и по сей день. Парацельс бросил вызов медицинским и теологическим традициям своего времени; он часто сжигал труды Галена и других мыслителей, мнение которых не одобрял. Будь он сдержаннее и дипломатичнее в своих усилиях, он смог бы оказать большее влияние на научное мышление своей эпохи. Однако Парацельс стал известен больше своей заносчивостью, нежели научными достижениями.

В XVI веке Тереза Авильская (1515–1582), испанская монахиня, которая впоследствии была канонизирована, совершила необычайный концептуальный прорыв, имеющий значение вплоть до сегодняшнего дня. Тереза, отвечавшая за монахинь, у которых развилась истерия и которым в связи с этим грозила испанская инквизиция, убедительно доказывала, что ее подопечные не одержимы, а, скорее, «как будто больны» (*comas enfermas*). Очевидно, что она не имела в виду телесный недуг. Скорее, в выражении «как будто» мы встречаемся, быть может, с первым предположением, что сознание может болеть точно так же, как может болеть тело. Это было важное предположение, которое возникло как своего рода метафора, но со временем было принято за факт: люди начали рассматривать психические заболевания как нечто реальное и «как будто» вышло из употребления (Sarbin & Juhasz, 1967).

Иоганн Вейер (1515–1588), немецкий философ и писатель, писавший под латинским именем Иоаннус Виерус, был столь глубоко удручен заточением, пытками и сожжением людей, обвиняемых в колдовстве, что предпринял тщательное исследование всей проблемы. Около 1563 года он опубликовал книгу под названием «Хитрость демонов», в которой содержится убедительное опровержение «Молота ведьм» — руководства для охотников на ведьм, опубликованного в 1486 году пособия по опознанию и навыкам обращения с людьми, подозреваемыми в колдовстве. В своей книге Вейер утверждал, что если не все, то значительное число заключенных, подвергнутых пыткам и сожженных за колдовство, в действительности

были больны душой или телом, и что, следовательно, против невинных людей совершалась большая несправедливость. Работа Вейера снискала одобрение у нескольких выдающихся врачей и теологов того времени. Однако большей частью она была встречена неистовыми протестами и проклятиями.

Вейер был одним из первых врачей, специализировавшихся в психических расстройствах, и его большой опыт и прогрессивные взгляды оправдывают его репутацию как основоположника современной психопатологии. К несчастью, однако, он слишком опередил свое время. Он презирался своим кругом, многие называли его «Вейер-еретик» и «Вейер безумный». Его труды были запрещены церковью, и это положение сохранялось до XX столетия.

Быть может, не найдется лучшей иллюстрации развивавшегося в XVI веке духа научного скептицизма, чем работы выпускника Оксфорда Реджинальда Скота (1538–1599). Скот посвятил свою жизнь разоблачению ошибочных воззрений о колдовстве и демонах. В своей книге «Открытие колдовства», опубликованной в 1584 году, он убедительно и дерзко отрицал существование демонов, дьяволов и злых духов как причины психических расстройств: «Эти женщины суть не что иное, как несчастные больные, страдающие от меланхолии, и их слова, поступки, рассуждения и жесты показывают, что болезнь поразила их мозг и повредила их способность к суждению» (In Castiglioni, 1946, p. 253).

Однако английский король Джеймс I (1566–1625) встал на защиту суеверий о демонах и отверг тезис Скота, приказав сжечь его книгу.

Духовенство, впрочем, начинало сомневаться в господствующих в то время представлениях. Например, св. Винсент де Пол (1576–1660), рискуя жизнью, заявил: «Душевные расстройства ничем не отличаются от телесных болезней. Христианство требует от гуманных и сильных представителей рода человеческого защиты, а от искусных — облегчения первых в той же мере, что и вторых».

Перед лицом таких упорных поборников науки, продолжавших приводить свои доводы на протяжении последующих двух столетий, демоны и суеверие отступили. Эти прогрессивные мыслители постепенно расчистили путь для возвращения методов наблюдения и анализа, что в конечном итоге привело к развитию современных экспериментального и клинического подходов.



Когда в Средние века распространилось мнение, согласно которому безумие вызывается сатанинской одержимостью, экзорцизм стал средством выбора.

Организация первых приютов и обителей

Начиная с XVI века росло число специальных заведений, названных **приютами** и предназначенных исключительно для ухода за психически больными. Первые приюты возникли в качестве средства устранения из общества индивидов, имеющих проблемы и не способных позаботиться о себе. Хотя научное проникновение в познание анормального поведения переживало в тот период подъем, большинство первых приютов, часто именовавшихся сумасшедшими домами, были не приятными местами или «больницами», но прежде всего местом проживания или скопления душевнобольных. Несчастные постояльцы жили и умирали в условиях невероятного запустения и жестокости.

Первые приюты

В 1547 году монастырь Св. Марии Вифлеемской в Лондоне был официально преобразован Генрихом VIII в приют. Его название вскоре сократилось до «Бедлам», и он приобрел широкую известность за свои плачевные условия и порядки. Самых буйных пациентов выставляли на публику, по пенни за просмотр, а более безобидных постояльцев принуждали просить подаяние на улицах Лондона в манере, описанной Шекспиром: «Бродят по стране уродливые Томы из Бедлама... Угрозами, проклятьями, мольбой... Себе выклянчивают пропитанье» («Король Лир», акт II, сцена 3).

Подобные приюты для душевнобольных постепенно появились и в других странах. Сан-Иполито, учрежденный в Мексике в 1566 году филантропом Бернардино Альваресом, был первым американским приютом. Во Франции первая такая больница, Шарантон, была основана в пригороде Парижа в 1641 году. В Москве приют был создан в 1764 году, а в Вене — в 1784 году построена известная Башня Лунатиков. В старой Вене это сооружение являлось достопримечательностью, оно было витиевато украшено круглой башней с квадратными помещениями внутри. В них жили доктора и «санитары», тогда как больные были прикованы в участках между стенами комнат и снаружи башни. За малую плату пациентов выставляли на обозрение публики.

Эти первые приюты были прежде всего модификациями карательных институтов, а с заключенными обращались, скорее, как со зверями, чем с человеческими существами. Следующий отрывок описывает лечение хронических сумасшедших в Ла Бисетр, парижской больнице. Такое лечение было типично для приютов того периода и сохранялось на протяжении большей части XVIII века. «Обычно больных приковывали к стенам их темных, не освещенных келий, надев на них железные ошейники, которые удерживали их непосредственно возле стены, предоставляя малую свободу движений. Иногда на запястья больным одевали и железные кандалы, а руки и ноги сковывали цепями. Хотя обычно цепи обеспечивали достаточную свободу движений, чтобы больные могли есть из мисок, часто бывало, что они не позволяли им лечь ночью. Поскольку о питании было известно немного, а пациенты, в любом случае, почитались за животных, постольку на качество пищи и правильность питания внимания почти не обращали. Из обустройства в кельях была одна солома, их никогда не подметали и не чистили; больной оставался в средоточении накапливавшихся миазмов. Никто не посещал келий, за исключением

времени кормежки; никто не заботился о тепле и не приходилось говорить даже о самых элементарных проявлениях гуманности» (модифицировано по Selling, 1943, pp. 54–55).

В Соединенных Штатах, в Пенсильванской больнице, что в Филадельфии, построенной под руководством Бенджамина Франклина в 1756 году, имелись отдельные кельи или палаты для психически больных. Лечение душевнобольных пациентов в Соединенных Штатах было не лучше того, что предлагалось европейскими лечебными заведениями. Обзор методов лечения в Общественной больнице, предпринятый Цвеллингом (Zwelling, 1985), показывает, что первоначально философия лечения подразумевала взгляд, согласно которому больные должны были предпочесть рассудок безумию. Поэтому лечебные техники были агрессивными, нацеленными на восстановление «физического баланса в теле и мозге». Эти техники, хотя и основанные на научных воззрениях того времени, были призваны запугивать больных. Они состояли в использовании сильнодействующих лекарств, водолечения, кровопускания и ожогов, электрошоков и физического ограничения. Буйного пациента, например, могли поместить в ледяную воду, а безразличного — в горячую; возбужденным больным могли назначить лекарства для истощения или больным могли пустить кровь, чтобы очистить их кровеносную систему от «пагубных» жидкостей. Первые подсчеты числа исцеленных в больнице показывают лишь приблизительную цифру в 20 %.

Даже уже в 1830 году новым пациентам продолжали брить головы, одевать в смирительные рубашки, сажать на голодную диету, насильно давать сильнодействующие слабительные и помещать в темные клети. Если эти процедуры не успокаивали буйных или возбужденных больных, то принимались более суровые меры: голодание, одиночное заключение, холодные ванны и другие пыточные методы (Bennett, 1947).

Гильская обитель

Есть несколько светлых пятен в этой прискорбной во всех прочих отношениях ситуации. Так, можно назвать ряд мест, где лечение милосердием и любовью заметно контрастировало с господствовавшими обычаями, опираясь на гуманные христианские традиции молитв, наложения рук (или святого касания) и посещения обителей. Самая известная, наверное, Гильская обитель в Бельгии, посещаемая с XIII века. Легенда гласит, что в Гильском лесу спрятано тело юной принцессы, которая после смерти матери посвятила свою жизнь бедным и душевнобольным. Позднее она была убита своим отцом, желавшим совершить инцест. Годы спустя у пяти лунатиков, проведших ночь в лесу, восстановилось душевное здоровье. Сельские жители уверовали в то, что это исцеление произошло благодаря принцессе, воплощавшей для них св. Димфну. Для психически больных людей были организованы паломничества в Гиль; многие больные оставались жить среди местного населения (Karnesh & Zucker, 1945). Гильская колония продолжает свою деятельность в наши дни (Aring, 1974, 1975a; Belgium Consulate, personal communication, 1994). Сегодня в Гиле построена новая психиатрическая больница, а около 1000 больных живут в частных домах с «родительскими семьями», работают в общественных центрах. Они не ограничены в своих потребностях, за исклю-

чением алкоголя. Там представлены многие разновидности психических расстройств, включая шизофрению, расстройства настроения, асоциальное личностное расстройство и умственную отсталость. Обычно больные остаются в Гиле до тех пор, пока наблюдающий психотерапевт не сочтет их выздоровевшими. Печально, что масштабная гуманитарная деятельность этой колонии и возможности, которые она предоставляет для изучения лечения больных в семейных и коммунитарных условиях, получила столь небольшое признание.

Гуманитарная реформа

Очевидно, что к концу XVIII века большая часть психиатрических больниц в Европе и Америке крайне нуждалась в реформировании. Гуманитарному лечению больных придала значительный импульс деятельность Филиппа Пинеля (1745–1826) во Франции.

Эксперимент Пинеля

В 1792 году, вскоре после начала французской революции, Пинеля направили руководить больницей Бисетр в Париже. Находясь в этой должности, он с большим трудом получил разрешение Революционной коммуны на снятие цепей с некоторых больных в качестве эксперимента, чтобы проверить его предположения, согласно которым психически больных людей надлежало лечить с милосердием и уважением, как больных, а не как злых зверей или преступников. В случае провала Пинель потерял бы голову, но эксперимент, на счастье, завершился триумфом. Цепи сняли; были приготовлены светлые комнаты; больным разрешили передвигаться в пределах больницы; и, таким образом, этим несчастным было даровано милосердие, хотя некоторые из них находились в темнице по 30 лет и более. Эффект был едва ли не чудодейственным. Прежний шум, грязь и брань сменились порядком и миром. Как говорил Пинель: «Весь распорядок был отмечен сердечностью и постоянством, что оказало самый благоприятный эффект на больных, укрощая даже самых неистовых» (Selling, 1943, p. 65).



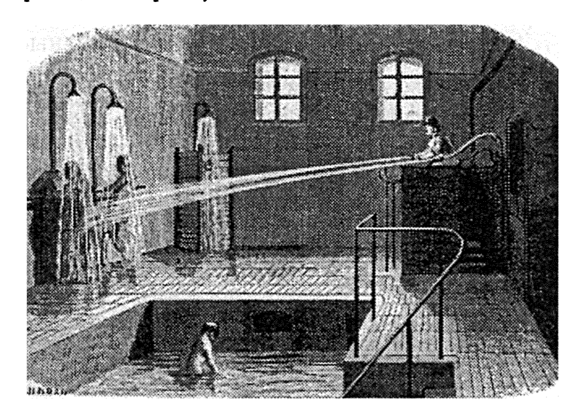
На этой картине изображен Филипп Пинель, руководящий снятием цепей с обитателей больницы Бисетр. Эксперимент Пинеля явил собой как великую реформу, так и большой шаг к разработке гуманных методов лечения психических расстройств.

Любопытно, что исторический документ, впоследствии обнаруженный во французских архивах, поднимает некоторые вопросы относительно гуманитарных реформ во Франции. Документ, составленный Жан-Батистом Пуссеном (предшественником Пинеля в Бисетре), показал, что тот возглавлял больницу с 1784 года и снимал цепи с некоторых больных, применяя взамен более гуманные смирительные рубашки. Он также указывал в документе, что издавал приказы, запрещавшие персоналу избивать пациентов (Weiner, 1979).

Независимо от того, кто именно начал реформу в Бисетре, Пуссен или Пинель, Пинелю вменена в заслугу его широкая гуманитарная деятельность (Reisman, 1991). Реакция больных, с которых впервые за все время существования больницы сняли цепи, говорила сама за себя. Один пациент, английский офицер, который много лет назад убил в приступе ярости часового, вышел на улицу неверной походкой, ибо ноги после долгого бездействия отказывались ему служить, и впервые за 40 лет увидел небо и солнце. Со слезами на глазах он воскликнул: «О, как прекрасно!» (Zilboorg & Henry, 1941, p. 323). Когда наступила ночь, он сам вернулся в свою келью, которую за время его отсутствия вычистили, и заснул мирным сном в своей новой постели. После двух лет примерного поведения, включавшего помощь в управлении другими больными, он был объявлен выздоровевшим и ему было позволено покинуть больницу. Самого Пинеля однажды спас от толпы, обвинявший его в контрреволюционной деятельности, солдат, которого он освободил из приютских цепей.

Позднее Пинель руководил больницей Сальпетриер, в которой провел ту же реорганизацию с теми же результатами. Больницы Бисетр и Сальпетриер стали, таким образом, первыми стационарами, обеспечивавшими современный уровень ухода за душевнобольными. Преемник Пинеля Жан Эскироль (1772–1840) продолжил его благородные начинания в больнице Сальпетриер и, кроме того, помог основать 10 новых лечебниц. В этой связи в своем классическом учебнике «Душевные болезни» Эскироль приписывает начало гуманного лечения в Бисетре Пинелю и не упоминает Пуссена в качестве основоположника реформ:

> ...но Пинель взял это на себя и изменил многих безумных. Цепи были разбиты, с больными обращались гуманно, в сердцах возгорелась надежда, и лечение было приведено в более рациональную систему (Esquirol, 1845, p. 10).



С современной точки зрения сцена, изображенная на рисунке XIX века, выглядит негуманной и унизительной. Однако гидротерапевтическое лечение в парижской больнице св. Анны, как здесь показано, считалось обычным лечебным методом.

Обновленные больницы сделали Францию форпостом гуманного лечения психически больных и «ознаменовали конец безразличному смешению нищих и преступников, телесно больных и умственно поврежденных людей» (Rosenblatt, 1984, p. 246).

Деятельность Тьюка в Англии

Примерно в то же время, когда Пинель реформировал Бисетр, английский квакер по имени Уильям Тьюк (1732–1822) основал Йоркский приют, расположенный в очаровательном загородном доме, в котором психически больные жили, работали и отдыхали в добросердечной религиозной атмосфере (Narby, 1982). Этот приют стал центром благородной битвы с жестокостью, невежеством и безразличием его эпохи.

Когда слух о поразительных результатах Пинеля достиг Англии, небольшой отряд квакеров Тьюка постепенно снискал поддержку со стороны Джона Коннолли, Сэмюеля Хитча и других видных английских медиков. В 1841 году Хитч направил подготовленных сиделок в палаты Глочестерского приюта, а во главе сестринского персонала поставил подготовленных супервизоров. Эти новации, вполне революционные для своего времени, не только способствовали улучшению условий содержания психически больных, но и способствовали изменению общественного мнения о душевнобольных в результате демонстрации факта, подтверждающего необходимость лучшего обращения с ними.

Раш и моральное управление в Америке

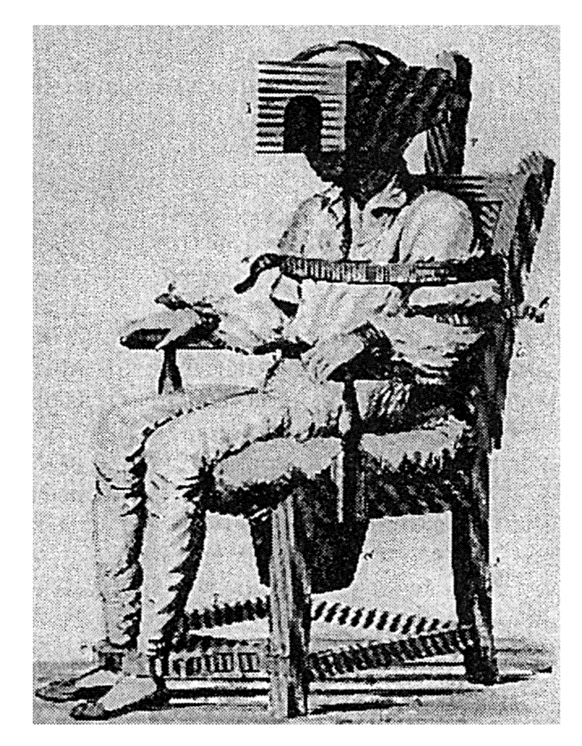
Успех гуманистических экспериментов Пинеля и Тьюка произвел революцию в лечении душевнобольных во всем западном мире. В Соединенных Штатах эта революция нашла отражение в деятельности Бенджамина Раша (1745–1813), основоположника американской психиатрии, который, между прочим, был одним из тех, кто подписал Декларацию независимости. Поддерживая отношения с Пенсильванской больницей в 1783 году, Раш призывал к более гуманному лечению психически больных; он написал первый в Америке систематический трактат по психиатрии «Медицинские изыскания и наблюдения относительно болезней души» (1812) и был первым американцем, организовавшим психиатрические курсы. Но даже он не смог избежать влияния устоявшихся верований своего времени. Его медицинская теория частично основывалась на астрологии, а основными методами были кровопускание и слабительные средства. Кроме того, он изобрел и использовал так называемое «успокоительное кресло», которое, наверное, приносило больным больше мучений, чем покоя. Считалось, что кресло уменьшает прилив крови к голове при расслаблении мышц. Несмотря на эти недостатки, мы вправе считать, что Раш внес большой вклад в теорию лечения психических заболеваний и содействовал переходу из старой эпохи в новую.

На раннем этапе периода гуманитарной реформы сравнительно широкое распространение получила практика **морального лечения** — метод, фокусирующийся на социальных, индивидуальных и профессиональных потребностях больного. Эти подходы, вытекающие главным образом из работ Пинеля и Тьюка, получили свое развитие в Европе в конце XVIII века, а в Америке — на заре XIX. Рис (Rees, 1957) описал эти подходы следующим образом:

Душевнобольных стали рассматривать как нормальных людей, которые утратили рассудок, оказавшись подверженными тяжелому психологическому и социальному стрессу. Эти стрессы были названы моральными причинами психического нездоровья. Моральное лечение было нацелено на утешение больных в условиях дружелюбного окружения, обсуждение проблем и ежедневное выполнение целенаправленных действий; иными словами, проводились социальная терапия, индивидуальная терапия и профессиональная терапия (pp. 306–307).

Эти изменения в установках отразились в работе общественной больницы Уильямсбурга. Во-первых, больница была переименована в Уильямсбургский приют для лунатиков, чтобы отразить «то мнение, что психически больные выступают невинными жертвами, которые нуждаются в защите общества» (Zwelling, 1985, p. 30). Изменился и режим лечения. Больных меньше ограничивали физически, палаты стали более открытыми, а кроме того, появилась возможность заниматься созидательным трудом, например фермерством или плотницкими работами. Социальная деятельность, определенные разновидности которой подразумевали совместный труд мужчин и женщин, была частью повседневного расписания больных.

Моральное исцеление в приютах стало частью более широкого движения, благодаря которому к больным, как правило, людям из беднейших классов, применялось более гуманные физические методы лечения (Luchins, 1990). Как в общественных больницах, так и в приютах стали уделять гораздо больше внимания моральному, духовному развитию и реабилитации «характера» пациентов, нежели их физическим или психическим расстройствам, наверное потому, что в те времена арсенал медицинских средств лечения данных состояний был очень небогат. Лечение или реабилитация физических или психических расстройств обычно сводились к ручному труду и духовным беседам в сочетании с гуманным обращением.



Старинная гравюра, изображающая стул, аналогичный «успокоительному креслу», которое придумал Бенджамин Раш около 1800 года. Возбужденного больного привязывали ремнями и быстро вращали, пока он не становился более послушным.

Моральное лечение достигло высокой степени эффективности, и тем более поразительно, что это было сделано без помощи сегодняшних антипсихотических препаратов, а многие больные, весьма вероятно, страдали сифилитическим поражением головного мозга, тогда неизлечимым заболеванием центральной нервной системы. В 20-летний период с 1833 по 1853 год в Уорчестерской государственной больнице количество выписанных пациентов, которые до госпитализации проболели меньше года, составил 71 %. Даже среди больных с более длительным периодом расстройства до госпитализации количество выписанных из больницы доходило до 59 % (Bockhoven, 1972).

Несмотря на заявленную во многих случаях эффективность такого подхода, ко второй половине XIX столетия от морального лечения почти отказались. Причины были многочисленные и разнообразные, среди более явных: этническая предвзятость, возникшая с увеличением численности иммигрантов, что приводило к напряженности в отношениях между персоналом и пациентами; неспособность лидеров движения подготовить себе смену и «раздувание» больничных учреждений в силу ошибочного убеждения, что крупные больницы будут отличаться от небольших только размерами.

Две другие причины отказа от морального лечения выглядят, если взглянуть на них ретроспективно, поистине иронией судьбы. Одна из них — активизация **движения за психическую гигиену**, которое ратовало за метод лечения, сосредоточенный в основном на физическом благополучии душевнобольных. Хотя психические гигиенисты ратовали за обеспечение больных различными удобствами, они не занимались лечением психологических проблем пациентов, приговаривая их в связи с этим к беспомощности и зависимости.

Развитие биомедицинской науки также внесло свой вклад в упадок морального лечения и подъем движения за психическую гигиену. Это способствовало укреплению понятия, согласно которому все психические расстройства имеют биологические объяснения и требуют биологического лечения (Luchins, 1990). Поэтому психологическое и социальное окружение пациента считалось большей частью иррелевантным; лучшее, что можно было сделать, это содержать больного в комфорте до тех пор, пока не будет открыто биологическое лечение. Понятно, что долгожданной биологической панацеи не появилось, и в конце 1940-х — начале 1950-х годов процент выписываемых больных упал до 30. Сегодня мы достигли более высоких результатов, выписывая свыше 90 % пациентов. Эти улучшенные показатели представляют собой недавнее достижение, обязанное многим факторам, включая прогресс в лекарственной терапии и тенденцию выписывать многих больных с тем, чтобы за ними постоянно ухаживали в их общинах. Споры о стационарном лечении психиатрических больных живы и поныне. Как вы увидите из главы 18, где обсуждается проблема деинституционализации (отказа от госпитализации), вызывает большое беспокойство то, что больных могут выписать из стационара прежде, чем они будут к этому готовы. Частично эта проблема проистекает из того факта, что уход, который доступен в общине, зачастую не удовлетворяет приемлемым стандартам (см. справку 2.3.)

Однако, несмотря на негативные воздействия на практику морального лечения, движение за психическую гигиену содействовало развитию многих гуманистических достижений.

Дикс и движение за психическую гигиену

В XIX веке Доротея Дикс (1802–1887), учительница из Новой Англии, длительное время была кумиром несчастных и «позабытых» людей, томившихся в тюрьмах и психиатрических заведениях. Дикс, которая сама жила в очень трудных и убогих условиях (Viney, 1996), впоследствии стала играть одну из ведущих ролей в пропаганде гуманного лечения психически больных. В молодости она работала школьной учительницей, но позднее ее вынудили рано уйти в отставку в связи с заболеванием туберкулезом. В 1841 году она стала преподавать в женской тюрьме. Так она познакомилась с прискорбными условиями, царившими в тюрьмах, богадельнях и приютах. В «Мемориале», представленном в американский Конгресс в 1848 году, она утверждала, что видела

> ...свыше 9000 идиотов, эпилептиков и невменяемых в Соединенных Штатах, лишенных надлежащего ухода и защиты... связанных истертыми цепями, согнувшихся под тяжестью кандалов и тяжелых железных ядер, прикованных к тяговым цепям; истерзанных веревками, избиваемых розгами и доведенных до ужаса под шквалом проклятий и тяжелых ударов; и теперь прикрепленных к балкам и подвергаемых издевательствам и пыткам; ныне брошенных к самым неистовым насильникам (Zilboorg & Henry, 1941, pp. 583–584).

Между 1841 и 1881 годами, в результате этих открытий, Дикс провела активную кампанию, которая всколыхнула людей и законодательные власти, побудив их что-то предпринять в связи с бесчеловечным обращением с душевнобольными. Благодаря ее усилиям в Америке выросло движение за психическую гигиену: были потрачены миллионы долларов, чтобы построить подходящие больницы, 20 штатов отреагировали на ее призывы. Она способствовала не только улучшению условий в американских больницах, но и руководила созданием двух крупных заведений в Канаде, а также полностью реформировала систему приютов в Шотландии и нескольких других странах. Ей принадлежит честь основания 32 психиатрических больниц, удивительный рекорд при том невежестве



Доротея Дикс (1802–1887) была неутомимым реформатором, сделавшим колоссальный шаг в сторону изменения общественного отношения к душевнобольным.

и суеверии, что продолжали господствовать в области охраны психического здоровья. Она завершила свою карьеру организацией сестринских подразделений в армии северян во время Гражданской войны. Резолюция, вынесенная американским Конгрессом в 1901 году, характеризовала ее как «принадлежащую к благороднейшим примерам гуманности за всю историю» (Karnesh, & Zucker, 1945, p. 18).

Позднее критики заявляли, что основание больниц для душевнобольных и растущее число их обитателей привели к переполнению этих заведений и тюремному уходу (Bockhoven, 1972; Dain, 1964). Они также утверждали, что содержание больных в заведениях и изоляция их от общества препятствовали развитию моральной терапии и тормозили поиск более подходящих и эффективных методов лечения психических расстройств (Bockhoven, 1972). Эта критика, однако, не учитывает условий, в которых Дикс пришлось осуществлять свою деятельность (см. раздел «Неразрешенные проблемы» в конце главы). Ее борьба за гуманные методы лечения душевнобольных резко контрастировала с жестоким обращением, обычным для той эпохи (Viney & Bartsh, 1984).

СПРАВКА 2.3. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Психиатрическая госпитализация

За последние десятилетия XX века наше общество, по всей видимости, сделало все возможное для обеспечения гуманного ухода за психически больными в стационарных условиях. Последние годы стали свидетелями величайших усилий, направленных на снижение изоляции психически больных и возвращение лиц с нарушенной психикой в общину, чтобы обеспечить им более интегрированное и гуманное лечение по сравнению с психиатрическими стационарами. Сейчас многие психиатрические лечебницы закрыты, произошло значительное снижение численности больных, госпитализированных в психиатрические лечебницы штатов и графств, начиная с более чем полумиллиона человек в 1950 году (Lerman, 1981) и до 100000 в последние годы (Narrow et al., 1993). Это снижение производит еще большее впечатление при том условии, что в настоящее время численность населения США значительно возросла. Данное движение, названное **деинституционализацией**, хотя и руководствовалось благими намерениями, породило, однако, колоссальные трудности для многих людей с психологическими нарушениями, а также для многих общин (более полное обсуждение см. в главе 18).

Первоначальным импульсом к политике деинституционализации последних лет было мнение, согласно которому психически больных людей гуманнее (и дешевле) лечить вне крупных психиатрических стационаров, так как это предотвратит последствия негативной адаптации к больничному «заточению». Многие профессионалы беспокоились, что психиатрические больницы превращаются в постоянные прибежища для лиц с нарушенной психикой, которые «бегут» от требований обыденной жизни и принимают на себя роль хронически больных людей. Хроническая болезнь оправдывает их в том, что они позволяют окружающим постоянно заботиться о себе. Была большая надежда на то, что современные медикаменты (см. главу 16) ускорят здоровое приспособление и дадут бывшим пациентам возможность жить более продуктивной жизнью вне стен стационара. Общая философия деинституционализации включала в себя и ту идею, что больных надлежит лечить вне больничных учреждений, за исключением возможной госпитализации на короткое время, которая станет необходимой в редкие периоды интенсивного кризиса. Бытовало убеждение, будто общество хочет и финансово

Взгляды на причины и лечение психических расстройств в XIX веке

Большинство из нас придерживаются определенных взглядов или установок не потому, что тщательно их обдумали или вынесли из собственного опыта, но потому, что были приобщены к ним благодаря семье, школе или общению со сверстниками, а также благодаря культурному и социальному воздействию, скрыто влияющему еще долго после окончания своего действия. Десятилетия, а то и больше, уходили на то, чтобы хорошо усвоенные культурные взгляды стали изменяться под влиянием объективных аргументов сторонников другой точки зрения.

Если судить с позиций сегодняшнего дня, профессионалы XIX века нередко бывали совершенно наивны и неточны в формулировке проблем психического здоровья и в целом неэффективны в своих попытках лечения психических заболеваний. Анализ воздействия более широких социальных влияний на понимание концепций психических расстройств, имевших хождение в XIX столетии, представлен Джанет Оппенгейм в ее историческом анализе викторианского периода (Oppenheim, 1991). В интересной и содержательной дискуссии Оппенгейм пока-

готово обеспечить лучший коммунитарный уход психиатрическим больным, находящимся вне больниц. Различные подходы, внедренные с целью обойти неудачи больных в попытках вновь приспособиться к общине, не принесли особенного успеха в отношении сокращения числа повторных госпитализаций. Например, долечивание и уход за выздоравливающими в общине, то есть обычная процедура тщательного послебольничного ведения под руководством специально подготовленного персонала, помогающего психически больным установить прочные связи с их семьями и общинами, а также формирующего у них позитивные ожидания выздоровления, оказались недостаточными. Многие бывшие пациенты не смогли адаптироваться к коммунитарным условиям.

Движение в поддержку деинституционализации породило большие разногласия. Многие видные деятели говорят теперь, что хронических больных «бросают» и обрекают на жестокое и тяжкое существование. Свидетельства этой неудачи в целом успешного коммунитарного лечения психиатрических больных можно наблюдать в наших городах: многие люди, живущие сегодня на улицах крупных центров и бродящие по их окрестностям, являются бездомными психически больными. Проблемы, вызванные деинституционализацией, представляются связанными в первую очередь с неудачей общества в развитии спланированных усилий по искоренению недостатков в работе коммунитарных служб психического здоровья (Grob, 1994).

Психиатрические заведения, считавшиеся некогда самыми гуманными средствами справиться с проблемами душевнобольных, теперь стали рассматривать как пережиток или негативную альтернативу и относиться к ним скорее как к проблемам, чем к возможности решения задач охраны психического здоровья. Тем не менее ясно, что закрытие психиатрических больниц и обеспечение коммунитарного лечения людям с тяжело нарушенной психикой не стало панацеей от всех проблем, как это казалось всего несколько лет назад. Роль психиатрических больниц в помощи людям с тяжелыми расстройствами психики, несомненно, подвергнется дальнейшей эволюции, когда общество вновь окажется неспособным эффективно разобраться со всеми трудностями, которые могут возникнуть, если оставить больных без внимания или игнорировать их.

зывает, как взгляды на мораль, господствовавшие в ту эпоху, влияли на попытки врачей понять и лечить депрессию в этот «социально репрессивный» период английской истории.

В первой половине XIX века психиатрические больницы находились под контролем светских лиц из-за ведущей роли морального лечения при лунатизме. Профессиональные психиатры, или *алиенисты* (как называли их в те времена), желая подчеркнуть, что они лечат «чуждых», или невменяемых, не оказывали серьезного влияния на процесс ухода за больными и управление тогдашними приютами. Более того, не существовало эффективных методов лечения психических расстройств, и единственными средствами оказывались такие процедуры, как снадобья, кровопускание или слабительные средства, что, несомненно, не позволяло получить объективные результаты. Однако во второй половине столетия алиенисты приобрели контроль над приютами для психически нездоровых и включили традиционную моральную терапию в другие рудиментарные физикально-медицинские процедуры. Со временем статус алиенистов повысился, а их влияние в обществе стало расти, и во второй половине века они укрепили свое положение, преподнося преимущества викторианской морали как важные условия хорошего душевного здоровья. В эту эпоху о психических расстройствах имели несколько смутное представление, а такие состояния, как депрессия, считались следствием нервного истощения, то есть психиатры того времени полагали, что эмоциональные проблемы вызываются расходом нервной энергии или потерей телесной энергии в результате жизненных эксцессов (см. справку 2.4).

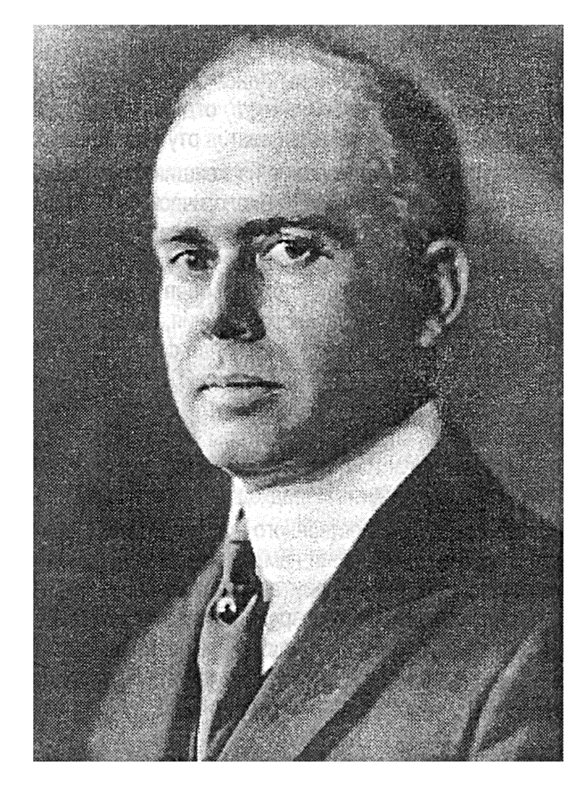
Психический упадок, или «расстроенные нервы», предположительно являвшиеся результатом расходования человеком драгоценной нервной силы, получили название *неврастении* — состояния, заключавшегося в первазивных ощущениях пониженного настроения, отсутствии энергии и физических симптомах, которые считались отчасти связанными с проблемами «стиля жизни», порожденными требованиями цивилизации. Эти расплывчатые симптомы, считавшиеся алиенистами (психиатрами) диагностируемым болезненным состоянием, полагались медицинскими мужами того времени излечимыми.

Изменение отношения к психическому здоровью в начале XX века

Современные взгляды на анормальное поведение трудно (не рассуждая при этом с очевидной произвольностью или излишне упрощенно) подразделить на отдельные устоявшиеся позиции и определить то, что предшествовало им исторически. Однако представленный здесь избирательный краткий обзор переключит наше внимание на XX век и подготовит почву для обсуждения основных воззрений и каузальных соображений, речь о которых пойдет в главе 3. К концу XIX века психиатрическая больница или приют — «большой дом на холме», похожий на крепость, стал в Америке привычным отличительным знаком. Психиатрические пациенты проживали в сравнительно тяжелых условиях, невзирая на деятельность в области морального лечения. Для общественности в целом, однако, приют был страшным местом, а его обитатели — странной и пугающей компанией. Отечественные психиатры мало что сделали, чтобы просветить публику с целью сни-

жения страха и ужаса перед безумием. Главной причиной такого молчания было, конечно, то, что у психиатров того времени не было достаточной фактической информации о психических расстройствах.

Однако постепенно были сделаны важные шаги к изменению общественного отношения к психически больным. В Америке работа, начатая Дикс, была продолжена Клиффордом Бирсом (1876–1943), чья книга «Сознание, обретшее себя» *(A mind that found itself)* была опубликована в 1908 году. Бирс, выпускник Йейля, описал свой собственный психический упадок и рассказал о плохом лечении, которое он получил в трех типичных для того времени заведениях. Он также объяснил причину своего выздоровления в доме дружественно настроенного больничного служителя. Несмотря на то что от цепей и других пыточных орудий давно отказались, смирительная рубашка все еще широко использовалась как средство «успокоения» возбужденных больных. Бирс испытал на себе этот метод и предоставил живое описание того, что столь болезненная фиксация рук представляла для взвинченного психиатрического больного: «Ни один случай в моей жизни не отложился в памяти настолько неизгладимо, как этот. В течение часа я испытывал такую сильную боль, какой не знал раньше, а прежде чем миновала ночь, эта боль сделалась почти невыносимой. Моя правая кисть удерживалась в таком положении, что кончик одного пальца едва не был отрезан ногтем другого, и вскоре кинжальные боли начали простреливать мою правую руку до самого плеча. Если найдется кто-то столь любопытный, пожелавший получить малейшее представление о моей агонии, то пусть он укусит себя за кончик пальца так сильно и без крови, как только сумеет. Пусть он продолжает эту процедуру в течение двух-трех минут. Затем пусть он умножит, если сумеет, этот эффект в 200–300 раз. В моем случае спустя четыре-пять часов избыток боли сделал меня отчасти нечувствительным к ней. Но 900 минут — 15 часов



Клиффорд Бирс (1876–1943) воспользовался своими впечатлениями о пребывании в психиатрическом заведении, чтобы организовать кампанию, целью которой являлось осознание общественностью необходимости в изменении отношения к психически больным и их лечению.

подряд я оставался в этой смирительной рубашке, и только около двенадцати, ко времени завтрака на следующее утро, санитар позволил себе такую малость, как ослабить веревку». (Beers, 1970, pp. 127–128).

Когда Бирс выздоровел, он развернул активную деятельность, чтобы заставить людей осознать, что такими методами невозможно справиться с больными. Он вскоре завоевал поддержку многих общественных деятелей, включая выдающегося психолога Уильяма Джеймса и «старейшину американской психиатрии» Адольфа Мейера.

Начало современной эры

В то время пока на исходе XIX века в Соединенных Штатах успешно развивалось движение за психическую гигиену, в мире совершались великие технические открытия. Эти достижения помогли перейти к тому, что нам сегодня известно как научный, или экспериментально ориентированный взгляд на анормальное поведе-

СПРАВКА 2.4

Викторианские взгляды на депрессию

Викторианцы понимали депрессию как результат деятельности, связанной с расходом энергии. У мужчин, к примеру, нервная сила считалась легко истощаемой в ходе такой деятельности, как труд, половые сношения (см. главу 11) или даже чрезмерная учеба. Считалось, что многие знаменитые исторические фигуры, такие как Джон Стюарт Милль, Чарльз Диккенс, Уильям Джеймс и Герберт Спенсер, в какой-то мере страдали от «нервов», или неврастении. Викторианские врачи пытались восстанавливать их психическое состояние при помощи, например, длительных каникул, отдыха, гидротерапии и тонизирующих средств, наподобие лауданума (опиата), препаратов ртути и барбитуратов.

Викторианское воззрение на женщин было еще более негативным, их считали крайне хрупкими, проклятыми своей биологической природой и особо подверженными эмоциональным расстройствам. Врачи XIX века полагали, что невротические женские проблемы связаны с маткой, а признаки тревоги или депрессии обычно приписывались маточным нарушениям. Мужчины Викторианской эпохи (особенно врачи и мужья) «предполагали, что женщины не испытывают ни сексуального желания, ни наслаждения и по причине глубокого невежества относительно строения своего тела фактически проходят по жизни в состоянии сексуальной анестезии» (Oppenheim, 1991, p. 200). Оппенгейм указывает на то, что викторианское общество, поддерживая мнение, будто женщины ниже мужчин (биологически, интеллектуально и морально), служило тому, чтобы удерживать их вдали от научных и профессиональных ролей. Она утверждает: «Нет сомнения в том, что, говоря в целом, медицина XIX века считала женский организм дефектным, подходящим спутником для женского неадекватного ума» (p. 190).

Панорама могущественного и всеохватывающего влияния викторианского мышления, развернутая Оппенгейм, дает нам больше, чем просто любопытную картину плодов сознания XIX века. Она заставляет нас поинтересоваться гибкостью и достоверностью наших сегодняшних воззрений. Устоят ли наши современные представления, взгляды и методы лечения на фоне мнений, которые возникнут у грядущих поколений? Не покажутся ли наши нынешние взгляды предвзятыми и узкими через сто лет, какими при рассмотрении с позиции дня сегодняшнего кажутся те, что разделяли медики-практики XIX столетия?

ние, и к применению научного знания в лечении душевнобольных индивидов. Мы опишем четыре главных мотива в анормальной психологии, которые объединили XIX и XX века, оказывая мощное влияние на наше современное понимание анормального поведения. Они подразделяются на четыре линии развития: 1) биологические открытия, 2) разработка системы классификации психических расстройств, 3) возникновение представления о психологических причинах и 4) достижения экспериментальных психологических исследований.

Установление связи между головным мозгом и психическими расстройствами

Наиболее яркие достижения были сделаны в изучении биологических и анатомических факторов, лежащих в основе как физических, так и психических расстройств. Большой прорыв в биохимии произошел, например, с открытием органических факторов, лежащих в основе *прогрессивного паралича* — сифилитического поражения головного мозга. Будучи одним из самых серьезных психических недугов того времени, прогрессивный паралич приводил к параличам и безумию и обычно через два-пять лет заканчивался смертью. Впрочем, это научное открытие было сделано не сразу; оно потребовало совместных усилий многих ученых и исследователей почти на протяжении столетия.

Прогрессивный паралич и сифилис

Поиск средства от прогрессивного паралича начался в 1825 году, когда французский врач А. Л. Ж. Бейль выделил это заболевание в особый вид психического расстройства. Бейль дал законченное и точное описание паттерна его симптомов и представил убедительные доказательства того, что прогрессивный паралич — это отдельное заболевание. Много лет спустя, в 1897 году, венский психиатр Ричард фон Крафт-Эбинг провел эксперименты по прививанию паралитикам содержимого сифилитических язв. Ни у одного пациента не развилось симптомов вторичного сифилиса, что привело к выводу, что они могли быть инфицированы ранее. Этот решающий эксперимент установил связь прогрессивного паралича с сифилисом. Почти десятилетием позже, в 1906 году, фон Вассерман разработал схему анализа крови для проверки на сифилис. Эта разработка позволила проверять наличие смертоносных спирохет в крови индивида до того, как проявятся более серьезные последствия инфекции. Наконец, в 1917 году Юлиус фон Вагнер-Яурегг, руководитель психиатрической клиники Венского университета, прибегнул к лечению сифилиса и паралича малярийной лихорадкой, поскольку сильная лихорадка, вызванная малярией, убивала спирохеты. Он инфицировал девять больных с параличом кровью солдата, болевшего малярией, и обнаружил заметное улучшение состояния у троих пациентов, а еще у троих — явное выздоровление.

Хотя сегодня мы располагаем пенициллином в качестве эффективного и более простого способа борьбы с инфекцией, впервые в истории лечение малярией стало очевидной победой медицинской науки над психическим заболеванием. Анормальная психология проделала долгий путь от суеверных верований до научного доказательства того, что мозговая патология способна вызвать специфическое расстройство. Этот прорыв породил у медицинской общественности огромные надежды на

то, что органические причины будут найдены и для многих других психических расстройств, возможно для всех.

Мозговая патология как причинный фактор

С возникновением современной экспериментальной науки в первой половине XVIII века знания в области анатомии, физиологии, неврологии, химии и общей медицины стремительно возросли. Эти подвижки привели к постепенному выявлению биологической, или органической, патологии, лежащей в основе многих физических недугов. Ученые начали рассматривать органы больного организма как источник соматических болезней. Этим исследователям было необходимо сделать еще один шаг, чтобы предположить, что психическое расстройство — заболевание, в основе которого тоже лежит патология органа, в данном случае — головного мозга. В 1757 году Альбрехт фон Галлер (1708–1777) в своем труде «Элементы физиологии» подчеркнул важность мозга для психических функций и ратовал за посмертные вскрытия с целью изучения мозга душевнобольных. Правда, впервые систематически это мнение изложил немецкий психиатр Вильгельм Гризингер (1817–1868). В своем руководстве «Патология и терапия психических расстройств», опубликованном в 1845 году, Гризингер настаивал, что все психические расстройства можно объяснить с точки зрения мозговой патологии. Вслед за открытием того, что мозговая патология вызывает прогрессивный паралич, последовали и другие достижения. Алоиз Альцгеймер и другие исследователи установили наличие мозговой патологии при церебральном атеросклерозе и при сенильных психических расстройствах. Наконец, в XX веке были открыты органические нарушения, лежащие в основе токсических психических расстройств (вызванных такими токсическими веществами, как свинец), определенных типов умственной отсталости, и др.

Здесь важно отметить, что, хотя открытие органических причин психических расстройств могло в отношении причинности отвечать на вопрос *как*, оно в большинстве случаев не касалось вопроса *почему*. Аналогичная ситуация иногда наблюдается и поныне. Например, хотя мы знаем, что определенные «пресенильные» психические расстройства вызывает именно мозговая патология, мы до сих пор не можем сказать, почему они одних индивидов поражают, а других — нет. Тем не менее мы готовы с абсолютной точностью спрогнозировать течение этих расстройств. Это возможно не только благодаря знанию участвующих в них органических факторов, но и в значительной мере работе последователя Гризингера — Эмиля Крепелина.

Истоки систем классификации

Эмиль Крепелин (1856–1926) внес выдающийся вклад в развитие биологических взглядов. Его руководство «Учебник психиатрии» *(Lehrbuch der psychiatrie)*, опубликованное в 1883 году, не только подчеркнуло важность мозговой патологии при психических расстройствах, но также содержало ряд новых достижений, поддерживающих данную точку зрения. Самым важным вкладом была его система классификации психических расстройств, которая стала предтечей сегодняшней *DSM-IV* (рассмотренной в главе 1). Крепелин заметил, что некоторые паттерны симптомов проявляются совместно с достаточным постоянством, чтобы считаться специфическими типами психических болезней. Тогда он продолжил

описание и уточнение этих видов психических расстройств с целью разработки схемы классификации, которая впоследствии легла в основу нашей нынешней системы. Свéдение воедино клинического материала, на котором основывалась эта классификация, было поистине грандиозной задачей и явилось важным вкладом в психопатологию.

Крепелин считал, что типы психических расстройств отличаются друг от друга и что течение каждого из них столь же предопределено и предсказуемо, сколь и течение кори. Поэтому можно предположительно предсказать исход конкретного типа расстройства, даже если над ним еще не установлен контроль. Подобные выводы привели к повышению заинтересованности в точном описании и классификации психических расстройств.

Открытия, сделанные на основе ранних биологических взглядов

Хотя ранние биологические взгляды были, быть может, чересчур широко приняты, прежде чем были признаны их ограничения, они стали первым огромным шагом современной науки к пониманию и лечению психических расстройств. (О недавнем историческом прогрессе в биологическом медикаментозном лечении см. справку 2.5.)

В свою очередь, предпринимались исследовательские поиски с целью обнаружения специфических причин расстройств, которые поддавались бы определенному медицинскому лечению; исследователи искали повреждения или болезнетворные процессы в отдельных участках мозга, чтобы выявить причины, лежащие в основе психических заболеваний. В результате подобных усилий была проведена дифференциация разнообразных форм анормальности, ведущая к перспективной системе классификации отдельных расстройств. Это послужило основой для дальнейших достижений в изучении проблемы анормального поведения. Однако не все исследования привели к позитивным результатам. В связи с тем что в тот период развития науки лучше всего были познаны расстройства, главной особенностью которых было повреждение или деструкция мозга (как при прогрессивном параличе), естественно было ожидать, что все анормальное поведение, в конечном счете, будет объяснено «большой» мозговой патологией. Разумеется, органические психические расстройства встречаются (и мы опишем их в главе 13), но подавляющее большинство отклонений не имеет очевидной связи с физическим повреждением мозговой ткани. Тем не менее медицинская модель — концептуальная модель, не соответствующая большей части анормального поведения, активно поддерживалась многими исследователями того времени. Важно заметить, что ориентация на *медицинскую модель* не ограничивается биологическими воззрениями на природу психических расстройств. Она распространилась и на психосоциальные теории, определяющие симптом как основополагающую причину заболевания. С этой точки зрения анормальное поведение, пусть даже психологическое (скорее, чем биологическое) по природе, является симптомом некоей скрытой, внутренней патологии или «нездоровья», как, например, лихорадка — симптом серьезной инфекции. Как мы вскоре увидим, Фрейд, который был врачом, избрал этот подход в разработке психоаналитической теории анормального поведения.

Установление психологической основы психических расстройств

Несмотря на явно выраженный интерес к биологическим аспектам, продвигалось и познание психологических факторов психических расстройств. В первую очередь следует упомянуть исследования Зигмунда Фрейда (1856–1939), признанного наиболее часто цитируемым теоретиком XX века в области психологии (Street, 1994). На протяжении пяти десятилетий наблюдений и лечения Фрейд разрабо-

СПРАВКА 2.5

История поиска медикаментозных средств лечения психических расстройств

Хотя психические расстройства издавна пытались лечить лекарствами, эффективное применение медикаментов имеет очень недолгую историю. На протяжении веков врачи искали средства излечения психических расстройств медикаментозным способом. Одним из самых ранних дошедших до нас трактатов о применении лекарств в лечении психических расстройств является труд римского врача Галена (130–200 гг. до н. э.). Для процедуры использования лекарств при лечении болезней человека Гален изобрел термин *апотерапия*, а в его труде подробно описано как приготовление различных медикаментов, так и проведение лекарственной терапии больным, страдающим психическими расстройствами. Большинство из предложенных им лекарств были слабительными и рвотными (очистительными), применявшимися для очищения организмов людей от инородных веществ, которые, как считалось, вызывают недуги. В Средние века другой удивительный, но глубоко противоречивый в своих взглядах врач-химик по имени Парацельс (1490–1541) экспериментировал с разнообразными химикалиями как средствами для лечения болезней человека. Хотя он использовал многие из тех же субстанций, что широко применяли Гален и другие исследователи, включая слабительные и даже вещество, называвшееся «порошком мумии» (изготовленное из частиц мумий), он также в целях лечения болезней экспериментировал и с другими, на вид более действенными веществами, например со ртутью (которая считалась и главным ингредиентом для алхимического получения золота).

Несмотря на долгий исторический путь поиска лекарственных средств, высоко успешное применение медикаментов при лечении тяжелых психических расстройств имеет гораздо более короткую историю – около 50 лет. Тем не менее эта стремительно развивающаяся область в сравнительно небольшие сроки оказала огромное влияние как на лечение, так и на понимание психических расстройств. Мы опишем недавние исторические достижения в сфере лечения психотропными средствами, точнее, два препарата, появление которых в 1950-х годах ознаменовалось замечательным успехом. (Использование медикаментозных средств лечения психических расстройств будет подробнее описано в главе 16.)

Первый из препаратов, *резерпин*, веками использовался в Индии в рамках народной травной медицины. Корень, *Rauwolfia serpentina*, назначался при широком круге поражений, включая змеиные укусы, эпилепсию, катаракту и помешательство. Индийское название корня, *pagla-ka-dawa*, означает «трава безумия». В 1931 году Сен и Боуз (Bose, 1932) опубликовали в индийском медицинском журнале статью о пользе раувольфии при лечении повышенного артериального давления и умопомешательства, а в 1943 году статья в *Indian Medical Gazette* извещала о возможных благоприятных эффектах применения корня при лечении «манической»

тал всеобъемлющую теорию психопатологии, в которой подчеркивалась внутренняя динамика бессознательных мотивов (часто называемая *психодинамикой*), которая лежит в основе **психоаналитического направления**. Методы, которыми он пользовался в исследованиях и в процессе лечения пациентов, стали называться **психоанализом**. Корни психоанализа мы можем увидеть в изучении гипноза, особенно в его связи с истерией. Гипноз, индуцированное состояние релаксации, в котором человек в высокой степени открыт суггестии, впервые вошел в широкий обиход в конце XVIII и начале XIX века.

депрессии и шизофрении. Однако во время Второй мировой войны изучению действия этого препарата уделялось второстепенное внимание. В начале 1950-х годов в *Ciba*, швейцарской фармацевтической компании, был выделен активный ингредиент раувольфии, резерпин, а в 1953 году психиатр Р. А. Хаким написал статью о применении раувольфии при лечении психоза (цит. по в Gupta, Deb & Kahali, 1943). Сегодня от резерпина, как средства лечения психозов, отошли в связи с разработкой других препаратов и побочными эффектами его действия (тремор, именуемый лекарственным паркинсонизмом). В настоящее время резерпин применяется в основном при лечении гипертонии.

Вторым психоактивным препаратом, который появился в 1950-х годах как средство для лечения тяжелых психических расстройств, был *хлорпромазин*. Во второй половине XIX века немецкий химик по имени Бернтезен, искавший смеси, которые действовали бы как красители, впервые получил этот препарат. Он синтезировал химические вещества, именуемые *фенотиазинами*. Пауль Эрлих, медицинский исследователь и основоположник химиотерапии, счел, что эти вещества могут быть эффективными при лечении болезней человека благодаря способности уничтожать чужеродные клетки, одновременно сохраняя ткани человеческого организма. Препарат был впервые испытан при лечении малярии, а к 1930-м году использовался как анестетик из-за своих седативных качеств. В 1951 году французский хирург Анри Лабори использовал препарат как «искусственный гибернатор», чтобы предотвращать шок у хирургических больных. Только в 1952 году два французских психиатра, Жан Делэй и Пьер Деникер, открыли, что препарат ослабляет психотические симптомы, и начали применять хлорпромазин при лечении психиатрических пациентов.

Почти магический эффект антипсихотических препаратов был немедленно оценен многими психиатрами Соединенных Штатов. К 1956 году, первому году широкого применения резерпина и хлорпромазина, можно было уже говорить об их влиянии на динамику психиатрической госпитализации. Ранее в Соединенных Штатах число больных, госпитализированных в психиатрические больницы, доходило до 560 000, и наблюдалась тенденция к росту данных показателей. К 1964 году это число упало до 490 000, а в 1971 году было госпитализировано только 300 000 больных!

Эффективность препаратов как средств ослабления психотических симптомов привела исследователей к разработке более специфических каузальных гипотез относительно ряда психических расстройств, например шизофрении. Исследователи также заметили, что антипсихотические препараты, такие как фенотиазины, изменяют уровень содержания допамина — нейротрансмиттера, который связан с шизофренией. Эти наблюдения подвели исследователей к «допаминовой гипотезе», согласно которой метаболизм допамина находится в связи с причиной шизофрении. Обсуждение этой темы будет продолжено в главе 12.

Источники: Frankenberg, 1994; Green, 1951; Moriarty, Alagna, & Lake, 1984; Pachter, 1951.

Месмеризм

Попытки понять психологические причины психических расстройств были сделаны еще Францем Антоном Месмером (1734–1815), австрийским врачом, развивавшим идеи Парацельса о влиянии планет на человеческий организм. Месмер считал, что планеты воздействуют на универсальные магнетические флюиды в организме, распределение которых определяет здоровье и болезни. В результате попыток поиска средства от психических расстройств Месмер пришел к выводу, что все люди обладают магнетическими силами, которые можно использовать, чтобы повлиять на распределение магнетических флюидов в других людях, тем самым обеспечивая их исцеление.

Месмер пытался воплотить свои взгляды в жизнь в Вене и ряде других городов, но активную поддержку своих взглядов нашел в Париже в 1778 году. Там он открыл клинику, в которой лечил все виды болезней «животным магнетизмом». Больных сажали в темное помещение вокруг ванны с различными химикалиями, из которой к пораженным участкам тел больных тянулись железные прутья. Месмер появлялся под музыку, в сиреневых одеждах, переходил от больного к больному и прикасался к каждому руками или жезлом. Такими средствами Месмер, как известно, мог устранять истерические анестезии и параличи. Он также демонстрировал множество феноменов, позднее связанных с гипнотической практикой.

В конце концов, Месмер, заклейменный коллегами-медиками как шарлатан, был вынужден покинуть Париж, и его имя скоро было забыто. Однако используемые им методы и результаты исследований много лет находились в центре научных споров; фактически **месмеризм**, с тех пор как стала известна его техника, был таким же источником жаркой дискуссии в начале XIX века, каким психоанализ — в начале XX. Эта дискуссия привела к повышению интереса к самому гипнозу как объяснению имевших место «исцелений».

Школа Нанси

Амброз Аугуст Льебо (1823–1904), французский врач, практиковавший в городе Нанси, успешно использовал в своей работе гипноз. В то же время в Нанси находился и профессор медицины Ипполит Бернхейм (1840–1919), который заинтересовался связью между истерией и гипнозом. Его интерес развился вследствие успеха Льебо в лечении гипнозом больного, которого Бернхейм четыре года безуспешно лечил более традиционными методами (Selling, 1943). Бернхейм и Льебо совместно разрабатывали гипотезы о том, что гипнотизм и истерия связаны друг с другом и что своим существованием они обязаны суггестии (Brown & Menninger, 1940). Их гипотеза опиралась на две линии доказательств: 1) феномены, наблюдаемые при истерии, такие как паралич руки, глухота или части тела, не чувствительные к уколам булавкой (все перечисленное происходит без какой-либо видимой органической патологии), можно вызывать и у нормальных людей при помощи гипноза; 2) те же симптомы можно устранить посредством гипноза. Предполагалось, что истерия — это разновидность самогипноза. Врачи, разделявшие эту точку зрения, в конечном счете стали известны как **школа Нанси**.

Тем временем Жан Шарко (1825–1893), возглавлявший больницу Сальпетриер в Париже и бывший ведущим неврологом своего времени, экспериментировал с не-

которыми явлениями, описанными месмеристами. В результате своих изысканий Шарко не согласился с открытиями школы Нанси и настаивал, что к истерии приводят дегенеративные изменения головного мозга. Однако Шарко, как было в итоге доказано, заблуждался, но результаты исследования проблемы, предпринятого столь выдающимся ученым, пробудила медицинский и научный интерес к истерии.

Диспут между Шарко и школой Нанси был одним из главных споров в истории медицины, где обеими сторонами было высказано немало резких слов. В конце концов, приверженцы школы Нанси торжествовали победу, означавшую первое признание психологических причин психического расстройства. Это признание спровоцировало новые исследования поведения, лежащего в основе истерии и других расстройств. Скоро было высказано предположение о том, что психологические факторы участвуют также в тревожных, фобических и прочих психопатологических состояниях. Наконец, сам Шарко изменил точку зрения и сделал многое в изучении психологических факторов при различных психических расстройствах.

Дебаты о том, какими факторами, биологическими или психологическими, вызываются психические расстройства, продолжаются по сей день. Однако спор между школой Нанси и Шарко явился для психологии крупным шагом вперед. К концу XIX века было ясно, что психические расстройства могут иметь либо психологическую основу, либо биологическую, либо и ту и другую. На фоне этого признания без ответа остался главный вопрос: как в действительности развиваются психологически обусловленные психические расстройства?

Истоки психоанализа

Первая систематическая попытка ответить на этот вопрос была предпринята Зигмундом Фрейдом (1856–1939). Фрейд был блестящим молодым венским неврологом, получившим приглашение на должность преподавателя по нервным болезням в Венский университет. В 1885 году он стал учеником Шарко, а позднее познакомился с работой Льебо и Бернхейма в Нанси. Большое впечатление на него произвел гипноз, используемый ими при лечении истеричных больных. В тот период Фрейд был уверен, что могущественные психические процессы могут оставаться сокрытыми от сознания.

По возвращении в Вену Фрейд работал в сотрудничестве с другим врачом, Йозефом Брейером (1842–1925), внесшим большой вклад в исследование воздействия гипноза при лечении больных. В отличие от своих предшественников-гипнологов Фрейд давал установку пациентам свободно говорить в гипнотическом состоянии о своих проблемах. Обычно пациенты выплескивали сильные эмоции и впоследствии ощущали значительное эмоциональное облегчение, которое было названо **катарсисом**. Это простое нововведение в практику гипноза имело большое значение: оно не только помогало больным разрядить эмоциональное напряжение посредством обсуждения собственных проблем, но также обнажало перед терапевтом характер затруднений, которые порождали определенные симптомы. Больные после окончания сеанса гипноза не видели никакой связи между своими проблемами и истерическими симптомами.

Именно этот подход привел к открытию **бессознательного** — той части психики, где содержатся переживания, о которых человек не имеет понятия, а также



Месмер считал, что распределение магнетических флюидов в организме ответственно за здоровье или болезни. Кроме того, он думал, будто все люди обладают магнетическими силами, которые можно использовать, чтобы повлиять на распределение флюидов в других, тем самым производя исцеление. Месмер (крайний справа, с жезлом в руке) в конце концов был заклеймен коллегами как мошенник. Однако его теории демонстрируют большинство феноменов, впоследствии связанных с применением гипноза.

к убеждению, что процессы, находящиеся вне осознания пациента, могут играть важную роль в определении поведения. В 1893 году Фрейд и Брейер опубликовали совместную статью «О психических механизмах истерических феноменов», которая стала одной из основополагающих вех в изучении динамики сознательного и бессознательного. Более того, Фрейд вскоре пришел к выводу, что он может больше не использовать гипноз в работе с пациентами. Побуждая больных говорить все, что придет им в голову, безотносительно логики или пристойности, Фрейд обнаружил, что больные в конце концов превозмогают внутренние препятствия к припоминанию и свободно обсуждают свои проблемы. Соединение двух методов позволило ему понять сознательные и бессознательные мыслительные процессы своих пациентов. Один метод, **свободные ассоциации**, предполагал свободные высказывания больных о себе, что предоставляло информацию об их чувствах, мотивах и так далее. Второй метод, **анализ сновидений**, подразумевал запись и описание пациентами своих снов. Эти техники способствовали возникновению инсайта и достижению более адекватного понимания эмоциональных проблем. Остаток своей

долгой и деятельной жизни Фрейд посвятил развитию и разработке психоаналитических принципов. В 1909 году, когда выдающийся психолог Дж. Стэнли Холл, президент Университета Кларка, пригласил его выступить с серией лекций, Фрейд изложил основные моменты своей теории американским ученым. Эти лекции породили много споров и способствовали популяризации психоаналитических концепций как среди ученых, так и среди широкой общественности.

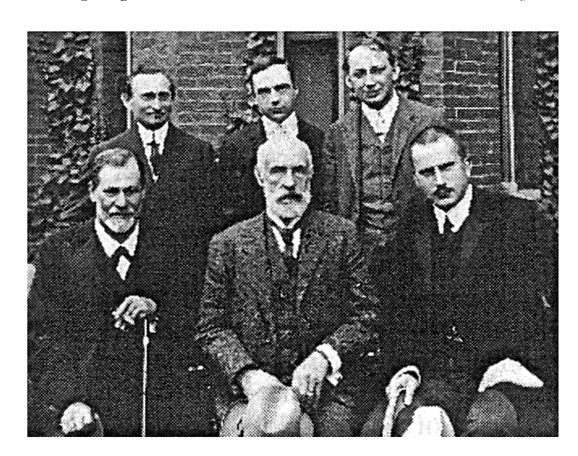
К более полному обсуждению психоаналитической точки зрения мы вернемся в главе 3. Далее мы рассмотрим первые достижения психологических изысканий и эволюции поведенческого направления в понимании анормального поведения. Живые и конструктивные взгляды Фрейда вызвали широкий отклик в научном мире, многие ученые поддерживали его теорию. Психоанализ имеет большое число последователей и сегодня, более чем через сто лет после первых публикаций. Другие клинические теоретики, такие как Карл Юнг, Альфред Адлер и Гарри Стэк Салливан, создали «параллельные» теории, которые во многом способствовали развитию психоаналитической точки зрения. Об этих взглядах будет подробнее рассказано в главе 3.

Эволюция традиции психологического исследования

Мы полагаем, что истоки научного мышления в современной психологии в значительной мере исходят из первых скрупулезных усилий объективного изучения психологических процессов Вильгельмом Вундтом (1832–1920) и Уильямом Джеймсом (1842–1910). Хотя ранняя деятельность этих экспериментальных психологов не имела прямого отношения к клинической практике или современному пониманию анормального поведения, через несколько десятилетий данная традиция, несомненно, повлияла на формирование мышления психологов, которые перенесли эти строгие установки в клиническую практику.

Первые психологические лаборатории

В 1879 году Вильгельм Вундт основал первую экспериментальную психологическую лабораторию в Лейпцигском университете. В процессе изучения механизмов памяти и ощущений Вундт с коллегами разработали много базисных экспери-



Психоанализ был представлен в Северной Америке на знаменитой встрече в Университете Кларка в Уорчестере, штат Массачусетс, в 1909 году. Среди присутствующих были (второй ряд): А. А. Брилл, Эрнест Джонс и Шандор Ференци; (первый ряд) Зигмунд Фрейд, Дж. Стэнли Холл и Карл Юнг.

ментальных методов и стратегий. Вундт оказал прямое влияние на первых исследователей, занимавшихся экспериментальным изучением анормального поведения; при анализе клинических проблем они последовали его экспериментальной методологии, а также некоторым его исследовательским стратегиям. Например, ученик Вундта Дж. Мак-Кин Кэттелл (1860–1944) применял его экспериментальные методы в Соединенных Штатах при оценке индивидуальных различий в умственной деятельности. Он и другие исследователи, изучавшие работы Вундта, основали исследовательские лаборатории во многих городах Соединенных Штатов.

Однако лишь в 1896 году еще один из студентов Вундта, Лайтнер Уитмер (1867–1956), объединил исследования с практикой и основал в университете Пенсильвании первую американскую психологическую клинику. В клинике Уитмера проблемы умственно отсталых детей рассматривались с научной и клинической точек зрения. Уитмер, основоположник клинической психологии (McReynolds, 1996, 1997), имел большое влияние в научных кругах и вскоре приобрел много последователей. Вскоре были основаны другие клиники. Одной из них был Чикагский институт молодежных психопатий (позднее названный Институтом молодежных исследований), основанный в 1909 году Уильямом Хили (1869–1963). Хили был первым, кто рассматривал молодежную делинквентность как симптом урбанизации, а не как следствие внутренних психологических проблем. Он был одним из первых, кто определил новую область причинности — средовые, или социокультурные, факторы.

К первому десятилетию XX века психологические лаборатории и клиники процветали, было предпринято огромное количество исследований (Reisman, 1991). Стремительный и объективный обмен научными данными был, наверное, настолько же важен в развитии современной психологии (или любой другой науки), насколько важны сбор и интерпретация новых фактов, полученных в результате исследовательского поиска. В этот период появилось множество научных журналов, пропагандирующих экспериментальные и теоретические открытия. Двумя заметными изданиями в области анормальной психологии были «Журнал анормальной психологии» *(Journal of Abnormal Psychology)*, основанный Мортоном Принсом в 1906 году, и «Психологическая клиника» *(The Psychological Clinic)*, основанный Лайтнером Уитмером в 1907 году. (Интересно, что Принс был психиатром, создавшим журнал для публикации статей по анормальной психологии, которые не были биологическими по своему характеру.) Прошли годы, количество журналов возросло. В настоящее время Американская психологическая ассоциация психологов издает 29 научных журналов, многие из которых сосредоточены на исследованиях анормального поведения и функционирования человека.

Поведенческое направление

Если психоаналитическое вйдение анормального поведения преобладало в конце XIX и в начале XX века, то другая школа, бихевиоризм, рождалась из экспериментальной психологии, чтобы оспорить господство психоанализа по мере того, как для познания анормального поведения стали использовать теории научения. Психологи-бихевиористы считали, что изучение субъективных переживаний через техники свободных ассоциаций и анализа сновидений не обеспечивает прием-

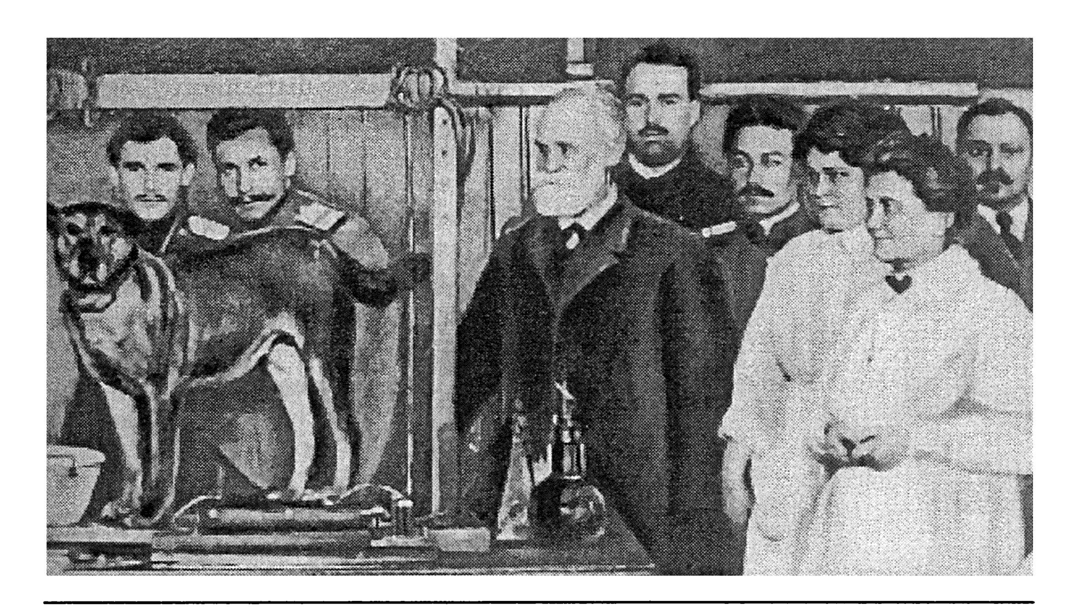
лемых научных данных, потому что подобные наблюдения не могут быть верифицированы другими исследователями. По их мнению, лишь изучение непосредственно наблюдаемого поведения и стимулов с подкрепляющими условиями, которые его «контролируют», способно служить основой для формулировки научных принципов человеческого поведения.

Поведенческое направление сосредоточено на центральной теме: роли научения в человеческом поведении. Хотя изначально это направление было разработано путем лабораторных исследований, а не клинической работы с больными индивидами, его импликации для объяснения и лечения дезадаптивного поведения вскоре стали очевидными.

Классическое обусловливание

Возникновение бихевиористского взгляда на анормальное поведение и его лечение связано с экспериментальной деятельностью по изучению формы научения, которая известна как **классическое обусловливание.** Эта деятельность началась с открытия условного рефлекса русским физиологом Иваном Павловым (1849–1936). На рубеже веков Павлов продемонстрировал, что у собак постепенно развивается слюноотделение в ответ на непищевой стимул (например, колокольчик), после того как он регулярно подкреплялся кормлением.

Открытия, сделанные Павловым в классическом обусловливании, заинтересовали молодого американского психолога Джона Б. Уотсона (1878–1958), искавшего способы объективной оценки поведения человека. Уотсон доказывал, что если психология претендует на звание подлинной науки, то она должна отбросить



Иван Павлов (1849–1936), пионер в демонстрации роли, которую играет в поведении обусловливание, со своим персоналом и устройством для выработки условных рефлексов у собак.

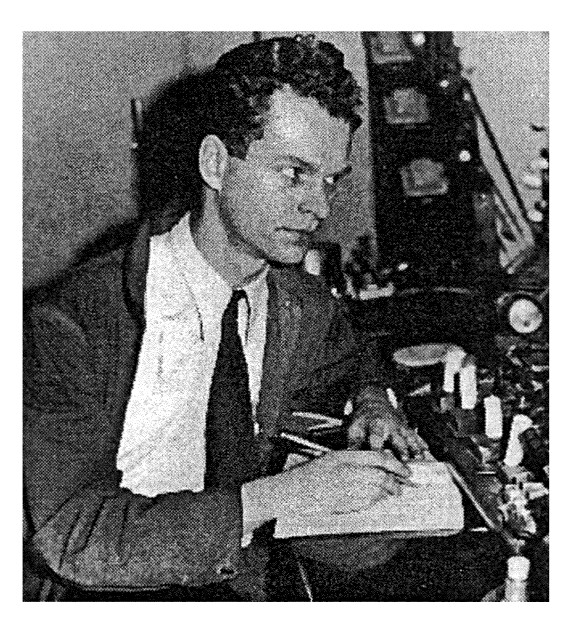
субъективизм внутренних ощущений и прочих «ментальных» событий и ограничить себя тем, что поддается объективному наблюдению. Что может быть для этой цели лучше наблюдения за систематическими переменами в поведении, вызванными простыми изменениями условий предъявления стимулов? Таким образом, Уотсон сместил фокус психологии в сторону изучения открытого поведения — подход, который он назвал **бихевиоризмом**.

Уотсон, человек впечатляющей энергии и чрезвычайно деятельный, увидел в бихевиоризме огромные возможности и указал на них коллегам-ученым и заинтересованной общественности. Он утверждал, что с помощью обусловливания сможет из любого здорового ребенка вырастить взрослого, обладающего любыми, выбранными по желанию, чертами личности. Он также бросил вызов психоаналитикам и другим исследователям, ориентированным на биологическое направление, психологам своего времени, предположив, что анормальное поведение — это продукт неудачного, небрежного раннего обусловливания и может быть преобразовано путем переобусловливания.

К 1930-м годам Уотсон оказал колоссальное влияние на американскую психологию. Подход Уотсона состоял в опоре на роль социальной среды в обусловливании нормального и анормального развития и поведения личности. И сегодня психологи, занимающиеся изучением поведения, все еще принимают многие из базисных положений доктрины Уотсона, хотя они более осторожны в своих выводах.

Оперантное обусловливание

В то время как Павлов и Уотсон изучали антецедентные условия предъявления стимулов и их связь с поведенческими реакциями, Э. Л. Торндайк (1874–1949) и впоследствии Б. Ф. Скиннер (1904–1990) занимались иным видом обусловливания, когда на поведение влияют его последствия. Поведение, которое оперирует средой, может быть инструментальным в порождении определенных результатов, и эти результаты, в свою очередь, определяют вероятность того, что поведение будет повторяться в похожих случаях. Так, Торндайк изучал, смогут ли кошки научиться конкретной реакции, например потянуть за цепочку, если



Б. Ф. Скиннер (1904–1990) сформулировал концепцию оперантного обусловливания, при котором используется подкрепление, чтобы сделать реакцию более или менее вероятной и частой.

эта реакция будет сопровождаться пищевым подкреплением. Этот тип научения был назван *инструментальным обусловливанием*, а позднее переименован Скиннером в **оперантное обусловливание.**

В этой главе мы коснулись нескольких важных течений в эволюции анормальной психологии и перечислили заслуги многочисленных исторических лиц, которые привели нас к господствующим сегодня взглядам. Огромное количество имеющейся информации может породить путаницу и противоречия, когда возникает необходимость выработать единый взгляд на поведение и причинность. Мы, может быть, распрощались с суеверием, но вторглись в нечто гораздо более сложное, пытаясь определить роль, которую играют в анормальном поведении естественные факторы, будь они биологическими, психологическими или социокультурными. Ниже представлена хронологическая сводка для обобщенного представления о главных исследователях анормальной психологии.

Нерешенные проблемы:

Интерпретация исторических событий

Можно предположить, что попытка заглянуть в историю с целью получения картины событий, произошедших давным-давно, не окажется трудной задачей, что это сведется к простому обзору неких исторических книг и публикаций интересующего нас времени. Однако наши взгляды на историю и понимание событий постоянно открыты для пересмотра. Как недавно указал Шудсон (Schudson, 1995), «коллективная память более условна, чем индивидуальная, по крайней мере в либеральных плюралистических обществах. Она всегда открыта оспариванию» (р. 16). На нашем пути к пониманию точной картины взглядов и поведения людей, живших сотни лет назад, возможно наличие множества препятствий. Так, безусловно, обстоят дела с нашими представлениями о Средних веках (Kroll & Bachrach, 1984).

Ведущая проблема ретроспективного психологического анализа состоит в том, что мы не можем опираться на прямое наблюдение — критерий психологического исследования. Взамен нам приходится обращаться к письменным документам или историческим обзорам эпох. Хотя эти источники нередко полны захватывающей информации, они могут не раскрывать те сведения, которые мы ищем; мы, следовательно, должны экстраполировать «факты» из информации, которой располагаем, что не всегда оказывается легкой задачей. В наших выводах мы ограничены имеющимися в нашем распоряжении документами или источниками. Попытки узнать о взглядах людей и социальных установках многовековой давности путем изучения сохранившихся церковных документов или биографических данных далеки от идеала. Во-первых, мы неизбежно изымаем эти документы из контекста, в котором они были составлены. Во-вторых, мы не знаем, не руководили ли авторами скрытые мотивы, а также какие подлинные цели стояли за этими документами. Например, некоторые историки ошибочно заключили, будто в Средние века главным причинным фактором психических заболеваний считался грех. Отчасти это заблуждение может быть связано с тем, что отдельные авторы призывали «Божью кару» на головы тех жертв душевных недугов, которым случалось оказаться их врагами. Понятно, что если жертвы оказывались друзьями, то грех обычно не упо-

Главные фигуры в ранней истории анормальной психологии

Древний мир


Гиппократ

Гиппократ (460–377 гг. до н. э.): греческий врач, считавший, что душевные болезни вызываются не демонами, а естественными причинами и мозговой патологией.

Платон (429–347 гг. до н. э.): греческий философ, считавший, что душевнобольных следует лечить гуманно и они не должны нести ответственность за свои действия.

Аристотель (384–322 гг. до. н. э.): греческий философ и ученик Платона, веривший в теорию Гиппократа о том, что в психических расстройствах повинны разнообразные агенты, или гуморы организма, приходящие в неуравновешенное состояние. Аристотель отрицал понятие о психологических факторах как причинах психических расстройств.


Гален

Гален (130–200 гг. н. э.): греческий врач и поборник традиции Гиппократа, много сделавший для нашего знания устройства нервной системы. Гален подразделял причины психических расстройств на физические и психические категории.

Средние века


Авиценна

Авиценна (980–1037): врач, араб по происхождению, разделявший принципы гуманного лечения душевнобольных во времена, когда западные подходы к психическим заболеваниям были прямо противоположными.

Мартин Лютер (1483–1546): немецкий теолог и лидер Реформации, разделявший обычную для своего времени веру в то, что душевнобольные одержимы дьяволом.

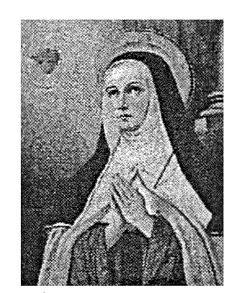
Парацельс (1490–1541): швейцарский врач, отрицавший демонов как причину анормального поведения. Парацельс верил в психические причины душевных болезней.

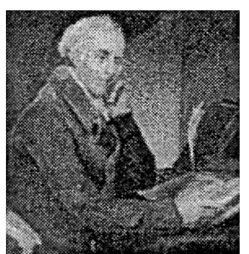
XVI–XVIII века

Тереза Авильская (1515–1582): канонизированная испанская монахиня, утверждавшая, что психические расстройства являются болезнями сознания.

Йоганн Вейер (1515–1588): немецкий врач, выступавший против объяснения причин заболевания наличием демонов и подвергнутый обструкции своим ближайшим окружением и Церковью за прогрессивные взгляды.

Реджинальд Скот (1538–1599): англичанин, отвергавший понятие о демонах как причине психических расстройств и осужденный королем Джеймсом I.


Тереза Авильская


Бенджамин Раш

Роберт Бертон (1576–1640): оксфордский ученый, написавший в 1621 году классический, влиятельный трактат о депрессии *«Анатомия меланхолии»*.

Уильям Тьюк (1732–1822): английский квакер, основавший Йоркский приют, где психически больные жили в гуманных условиях.

Филипп Пинель (1745–1826): французский врач, явившийся пионером морального лечения во французских больницах Бисетр и Сальпетриер, где с психически больными обращались гуманным образом.

Бенджамин Раш (1745–1813): американский врач и основоположник американской психиатрии, практиковавший, опираясь на гуманитарные методы Пинеля, моральное лечение психически больных.

XIX—начало XX века

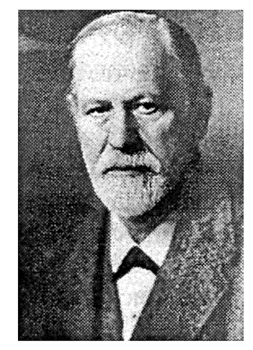
Доротея Дикс (1802–1887): американская учительница, явившаяся в Соединенных Штатах основоположницей движения за психическую гигиену, которое сосредоточивалось на физическом благополучии психически больных, находящихся в лечебницах.


Доротея Дикс

Клиффорд Бирс (1876–1943): американец, боровшийся за изменение общественного отношения к психически больным после того, как на себе испытал заточение в психиатрическом заведении.

Франц Антон Месмер (1734–1815): австрийский врач, осуществивший первые исследования гипноза как средства лечения.

Эмиль Крепелин (1856–1926): немецкий психиатр, разработавший первую диагностическую систему.


Зигмунд Фрейд

Зигмунд Фрейд (1856–1939): основоположник школы психологической терапии, известной как психоанализ.

Вильгельм Вундт (1832–1920): немецкий ученый, основавший в 1879 году первую экспериментальную психологическую лабораторию и впоследствии повлиявший на эмпирическое изучение анормального поведения.

Дж. Мак-Кин Кэттелл (1860–1944): американский психолог, взявший на вооружение методы Вундта и изучавший индивидуальные различия психических процессов.

Лайтнер Уитмер (1867–1956): американский психолог, основавший в Соединенных Штатах первую психологическую клинику, изучал проблемы умственно отсталых детей. Он также основал в 1896 году журнал *«Психологическая клиника» (Psychological Clinic)*.

Иван Павлов (1849–1936): русский физиолог, опубликовавший классические труды по психологии научения.

Уильям Хили (1869–1963): американский психолог, основавший Чикагский институт молодежных психопатий и развивший идею о том, что психические заболевания вызываются средовыми, или социокультурными, факторами.

Джон Б. Уотсон (1878–1958): осуществил первые исследования принципов научения и стал известен как основоположник бихевиоризма.


Джон Б. Уотсон

минался в качестве причинного фактора (Kroll & Bachrach, 1984). Подобные тексты, конечно, отмечены предвзятостью, но мы можем не знать об этом. Чем меньше рассматривается источников, тем больше вероятность того, что какая-то имеющаяся предвзятость останется нераспознанной.

Существуют и ситуации, когда концепции, важные для исторической интерпретации, сегодня имеют для нас совершенно другой смысл, чем имели в прошлом, или же их смысл может быть попросту неясным. Кролл и Бахрах (Kroll & Bachrach, 1984) указали, что понятие «одержимости», столь важное для наших воззрений о Средних веках, «...смутная и сложная концепция, для которой у нас нет подходящих естественных моделей. Наш язык подводит нас за исключением цветистых аналогий и метафор. Точно так же как выражение "нервный срыв" означает разный смысл для разных людей, так и «одержимость» означает и означала много разных понятий и, без сомнения, для жителей средневековья обладала иным диапазоном значений, чем обладает для нас» (р. 510).

Такого рода неопределенность может сделать четкую оценку событий средневековья трудной, а то и невозможной.

Предвзятость может вступить в игру и в ходе интерпретации. Наши интерпретации исторических событий или былых верований могут быть окрашены нашими собственными взглядами на понятия нормы и анормальности. В действительности трудно провести ретроспективный анализ, не принимая в качестве отправной точки современных воззрений и ценностей. Например, наше представление о Средних веках привело, по словам Шенемана (Schoeneman, 1984), к нашему современному заблуждению относительно того, что в XV и XVI веках душевнобольных, как правило, обвиняли в колдовстве. Для большинства из нас эта интерпретация, несмотря на то что она неверна, имеет смысл потому, что мы не понимаем средневековых взглядов на колдовство.

Хотя изменение взглядов о Средневековье позволило нам узнать, что понятия о демонах, грехе и колдовстве не были в то время ведущими в понимании психических болезней, ясно и то, что в некоторых случаях они связывались с психическими болезнями. Где истина? Думается, что последнее слово на этот счет еще не сказано ни относительно Средних веков, ни какого-либо другого периода нашей истории. В лучшем случае исторические взгляды и, следовательно, ретроспективные психологические исследования должны приниматься за рабочие гипотезы, которые открыты изменениям по мере того, как будет меняться оценка исторических событий или будут открываться «новые» исторические документы.

Некоторые авторитетные исследователи, заинтересованные в применении психологической мысли к интерпретации исторических событий, предложили ввести дисциплину *психоистория* (DeMause, 1981), которая, согласно Лоутону (Lawton, 1990), подразумевает «междисциплинарное изучение причин поступков человека в истории с активным использованием психоаналитических принципов» (р. 353). Этот подход к истории (который не избежал критики; см. Shephard, 1979) представляет собой попытку обеспечить глубокий анализ исторических фигур или исторических событий при помощи психологической теории, в частности психоанализа, для объяснения тех или иных фактов. Подобный подход к изучению или новой интерпретации исторических событий обременен проблемами валидизации и мо-

жет расцениваться как обеспечивающий «правдоподобное» применение отдельной теории, нежели установления факта о самом по себе событии. Исторические события зачастую неоднозначны, открыты для новых и новых интерпретаций прежде, чем они станут «написанной историей». Нередко окончательная версия конкретного события еще долго оспаривается после того, как высохнут чернила в исторических томах, где оно описано и интерпретировано.

Даже когда исторические события произошли сравнительно недавно, для последующих поколений может оказаться нелегкой задачей воссоздание в точности именно того, что происходило в действительности. Недавним примером трудностей при выполнении психологической реконструкции исторических событий, или «психологической экспертизы», можно считать широко освещавшийся в прессе взрыв на американском военном корабле «Айова». В 1989 году взрыв в орудийном отсеке унес жизни 47 человек и привел к демонтажу этого знаменитого боевого корабля. Расследование инцидента, проведенное командованием военно-морского флота и ФБР, первоначально исключило возможность несчастного случая или диверсии и возложило вину на матроса, которого сочли гомосексуалистом с психологическими нарушениями и который, как полагали, намеренно устроил взрыв при попытке совершить самоубийство. Последовал спор, подтолкнувший Конгресс расследовать происшествие и причины, по которым военно-морское командование обвинило матроса. В состав комиссии Конгресса по оценке потенциальной причины катастрофы и возможной причастности к ней обвиняемого матроса были введены 14 видных психологов, которых попросили пересмотреть имеющуюся информацию о матросе и произвести психологическую экспертизу его состояния на момент инцидента. Одиннадцать из 14 экспертов критически отнеслись к выводам командования и выразили в рапорте ФБР сомнения в правильности оценки состояния психического здоровья матроса в момент катастрофы. В отчетах экспертов обнаружилось значительное расхождение мнений, особенно в отношении детальных суждений, и согласие было достигнуто лишь по широким категориям. В последних исследованиях (Otto, Poythress, Starr & Darkes, 1993) предложено соблюдать осторожность в использовании психологических экспертиз при подобных случаях, так как эксперты заметно не совпадали в своих суждениях.

Резюме

На протяжении веков познание анормального поведения не протекало гладко или единообразно; шаги предпринимались неравномерно, с огромными паузами, а необычные, даже причудливые, взгляды и верования часто тормозили деятельность исследователей и теоретиков. Господствующие социальные, экономические и религиозные взгляды былых времен оказали глубокое влияние на то, как люди рассматривают анормальное поведение, равно как и прогресс физических и биологических наук. В XX веке в нашем познании анормального поведения были сделаны колоссальные успехи, и мы можем проследить общий отход от суеверий и «магии» в сторону рациональных, научных изысканий.

В древнем мире во многих странах, например в Египте и Греции, суеверия сопровождались возникновением медицинских концепций; часть этих концепций

была развита и усовершенствована римскими врачами. С падением Рима на исходе V века нашей эры большинство европейцев вернулись к суеверным взглядам на психические расстройства, которые господствовали в общественном сознании более 1000 лет. В XV и XVI веках по-прежнему даже среди ученых широко бытовало убеждение, что душевнобольные одержимы дьяволом.

На последних этапах Средневековья и на заре Ренессанса в Европе возродился дух научного исследования, и несколько видных врачей высказались против бесчеловечных методов лечения, утверждая, что «одержимые» индивиды на самом деле «больны душой» и требуют соответствующего обращения. С этим признанием необходимости в специальном лечении душевнобольных к концу XVI века началось учреждение разнообразных «приютов». Однако вместе с институционализацией пришли изоляция и жестокое обращение с психически больными; эта ситуация не сразу получила признание, и в XVIII веке были предприняты дальнейшие усилия с целью оказания помощи поврежденным в уме индивидам, обеспечивая им лучшие условия проживания и гуманное лечение, хотя последнее было, скорее, исключением, нежели правилом.

Век XIX и начало XX были ознаменованы рядом научных и гуманитарных достижений. Деятельность Филиппа Пинеля во Франции, Уильяма Тьюка в Англии и Бенджамина Раша с Доротеей Дикс в Соединенных Штатах расчистили путь для нескольких важных усовершенствований в современной этим людям анормальной психологии. Среди таких новшеств были постепенное признание психиатрических пациентов больными людьми, нуждавшимися в профессиональном внимании и заслуживавшими его; успех биомедицинских методов в их применении к расстройствам; и развитие научного исследования, с помощью которого осуществлялся поиск биологических, психосоциальных и социокультурных корней анормального поведения.

В XIX веке были сделаны великие технические открытия, наблюдался прогресс в биологических науках, что способствовало пониманию и лечению душевнобольных. Крупный биомедицинский прорыв произошел, например, с открытием органических факторов, лежащих в основе прогрессивного паралича — сифилитического поражения мозга, одного из самых серьезных психических расстройств того времени.

Наши современные взгляды на анормальное поведение имеют несколько исторических ответвлений. В этой главе были освещены три главных момента: 1) биологический, 2) психодинамический и 3) экспериментально-психологический. Эти направления будут рассмотрены далее в главе 3.

В первой половине XIX века стремительно возросли познания в анатомии, физиологии, неврологии, химии и общей медицине. Эти достижения привели к идентификации биологической, или органической, патологии, лежащей в основе многих физических нарушений. Разработка Крепелином психиатрической классификационной системы сыграла главную роль в раннем развитии биологического направления. Работа Крепелина (предтеча системы *DSM*) помогла установить важность мозговой патологии при психических расстройствах, а также способствовала установлению этого направления еще в нескольких родственных аспектах.

Первые крупные шаги к познанию психологических факторов, участвующих в психических расстройствах, были предприняты Зигмундом Фрейдом. За пять де-

сятилетий наблюдения и лечения больных, научных изысканий он разработал теорию психопатологии, известную как психоанализ, в которой подчеркивалась внутренняя динамика бессознательных мотивов. На протяжении второй половины XIX столетия другие клиницисты модифицировали и пересмотрели теорию Фрейда, выводя из нее новые психодинамические направления.

Наконец, во второй половине XIX века стало развиваться и научное изучение психологических факторов поведения человека. Конец XIX и начало XX века ознаменовались тем, что экспериментальная психология преобразовывалась в психологию клиническую. Данное преобразование сопровождалось распространением клиник как для изучения, так и для вмешательства в анормальное поведение. Параллельно этим разработкам свою деятельность вели две главные школы научения, благодаря которым в анормальной психологии в качестве объясняющей модели возник бихевиоризм. Поведенческое направление организовано вокруг главной идеи, согласно которой научение играет важную роль в поведении человека. Хотя первоначально это направление было разработано в ходе лабораторных изысканий (в отличие от психоанализа, который родился из клинической работы с душевнобольными индивидами), оно, как было показано, содержало в себе важные импликации для объяснения и лечения дезадаптивного поведения.

Познание истории психопатологических направлений с ее шагами вперед и отступлениями помогает нам понять возникновение современных концепций анормального поведения. Это знание также раскрывает перед нами перспективу для понимания нынешних и будущих достижений.

ГЛАВА 3

Причинные факторы возникновения нарушений поведения и направления в анормальной психологии

В предыдущей главе мы увидели, что размышления над причинами анормального поведения уходят своими корнями глубоко в историю развития человечества. С древнейших времен те, кто наблюдал нарушение поведения, задавались вопросом о его причине. Гиппократ, например, полагал, что анормальное поведение вызывается дисбалансом телесных гуморов. Другие наблюдатели считали причиной такого поведения одержимость демонами или злыми духами. Позднее в качестве причины была предложена дисфункция организма.

Каждая попытка идентифицировать причину сопровождалась теорией или моделью анормального поведения. Теория Гиппократа, разновидность медицинской модели, постулировала существование четырех телесных гуморов, которые связаны с определенными видами поведения. Аналогичным образом из попыток определения причин анормальности вырастали и другие теории.

Сегодня мы все еще пребываем в неведении о причинах нарушения поведения, и размышления о них продолжают порождать новые модели анормальности. С начала XX века несколькими влиятельными научными школами разработаны исследовательские модели, объясняющие истоки анормального поведения и предлагающие методы его лечения. В этой главе мы обсудим основные теоретические направления, уделяя внимание тем причинным факторам, которые были установлены каждым из них.

В первую очередь мы рассмотрим биологические воззрения. Они сфокусированы на генетических и органических условиях, которые нарушают функционирование организма и мозга, приводят к психопатологии. Далее мы перейдем к психосоциальным подходам. Среди психосоциальных точек зрения можно назвать психодинамическую, которая фокусируется на интрапсихических конфликтах, ведущих к тревоге; поведенческую, рассматривающую дефектное научение, когнитивно-бихевиоральную, изучающую типы обработки информации, приводящие к иска-

женному мышлению. Кроме того, мы кратко рассмотрим социокультурное направление, предметом исследования которого являются патологические социальные условия и влияние различий культурного происхождения на уязвимость перед психопатологией, а также ее форму. В последние годы многие работающие в этой области теоретики пришли к признанию необходимости более интегративной точки зрения, которая была названа *биопсихосоциальной* и разделяет ту идею, что все факторы — биологические, психосоциальные и социокультурные — взаимодействуют друг с другом и каждый из них играет свою роль. Сначала, однако, мы должны обратиться к природе причинности анормального поведения.

Причины и факторы риска анормального поведения

Центральное место в анормальной психологии занимают вопросы о том, что вынуждает людей вести себя дезадаптивно. Если бы мы знали причины конкретных расстройств, то могли бы изменить поддерживающие их условия и, возможно, предотвратить те, что приводят к ним. Мы также смогли бы лучше классифицировать и диагностировать расстройства при наличии умения четко понимать их причины, не опираясь на кластеры симптомов, как мы обычно делаем в настоящее время.

Хотя определение причин анормального поведения, несомненно, желательная цель, ее невероятно трудно достичь из-за чрезвычайной сложности поведения человека. Даже простейшее человеческое поведение, например произнесение или написание одного-единственного слова, является результатом тысяч предшествующих событий, связи между которыми не всегда ясны. Попытки понять жизнь, и даже «адаптивную» жизнь человека с точки зрения причинности, — задача огромного масштаба; еще труднее она становится, когда эта жизнь дезадаптивна. В результате многие исследователи сейчас предпочитают говорить о факторах риска (переменных, коррелирующих с анормальным исходом), нежели о причинах. Тем не менее конечной целью остается познание причин.

При анализе причин анормального поведения полезно рассмотреть: 1) различия между необходимыми, достаточными и способствующими причинами; 2) проблему обратной связи и порочного круга при анормальном поведении и 3) концепцию диатеза-стресса как широкой каузальной модели анормального поведения.

Необходимые, достаточные и способствующие причины

Независимо от теоретического направления для уточнения роли, которую фактор играет в **этиологии**, или в каузальном паттерне анормального поведения, можно воспользоваться несколькими понятиями. **Необходимая причина** есть условие, которое должно существовать для возникновения расстройства. Например, прогрессивный паралич — дегенеративное мозговое расстройство — не может развиться, если человек предварительно не заразился сифилисом. Однако необходимой причины не всегда достаточно, чтобы она сама по себе вызвала расстройство; могут потребоваться и другие факторы. В отношении многих психических расстройств кажется, что они не имеют необходимых причин, хотя поиск последних продолжается.

Достаточная причина расстройства есть условие, которое гарантирует его возникновение. Например, в одной современной теории существует гипотеза о том, что безнадежность служит достаточной причиной для депрессии (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Abramson, Alloy & Metalsky, 1995). Согласно этой теории, если вы видите свое будущее в достаточно безнадежном свете, то у вас разовьется депрессия. Однако достаточная причина еще не есть необходимая. Если продолжить пример депрессии, то Абрамсон с коллегами (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) признают, что безнадежность не является необходимой причиной депрессии, так как последняя вызывается и другими причинами.

Наконец, в психопатологических исследованиях мы чаще всего изучаем способствующие причины. **Способствующая причина** есть та, что повышает вероятность развития расстройства, но не является ни необходимой, ни достаточной для его возникновения. Например, родительское отвержение может повысить вероятность того, что у ребенка впоследствии будут проблемы с поддержанием близких отношений или что отвержение в зрелом возрасте ускорит возникновение депрессии. В этом случае мы говорим, что для будущих проблем человека родительское отвержение является способствующей, но не достаточной или необходимой причиной (Abramson et al., 1989; Abramson, Alloy, & Metalsky, 1995).

Помимо разграничения между необходимыми, достаточными и способствующими причинами анормального поведения мы также должны учитывать временны́е рамки, в которых они действуют. Некоторые факторы, возникающие в жизни сравнительно рано, могут не проявляться на протяжении многих лет; они считаются *отдаленными* факторами, которые могут способствовать предрасположенности к развитию расстройства. Например, потеря родителя в раннем детстве может послужить отдаленной способствующей причиной, предрасполагающей человека к депрессии в зрелом возрасте. И наоборот, другие факторы действуют незадолго до возникновения симптомов расстройства; они расцениваются как *ближайшие* факторы. Ближайший причинный фактор может быть условием, которое оказывается для человека последней каплей и провоцирует расстройство. Например, тяжелое разочарование в работе и учебе или потеря любимого человека. Иногда ближайшие или провоцирующие ситуации могут показаться незначительными и только слабо, если вообще как-либо связанными с более отдаленными причинами. Короче говоря, это соломинка, которая ломает хребет верблюду. Например, грязная одежда, оставленная на полу в ванной, в благополучной семье может быть мелким раздражающим фактором, но в семье, где уже существуют крупные проблемы, может стать причиной бурной ссоры.

Подкрепляющая причина есть условие, которое склонно поддерживать уже имеющее место дезадаптивное поведение. Примером является чрезмерное внимание, симпатия и снятие с человека всякой ответственности во время болезни; эти приятные переживания могут невольно воспрепятствовать выздоровлению. Другим примером может быть случай тяжелой депрессии, когда поведение депрессивного человека способно отвратить от него друзей и семью, что приводит к бóльшему чувству отверженности, которое провоцирует дальнейшее развитие заболевания (Joiner, 1995; Joiner & Metalsky, 1995; Monroe & Simons, 1991).

Для многих форм психопатологии нам до сих пор не удалось точно установить наличие необходимых или достаточных причин, хотя это и остается целью многих современных исследований. Однако нам хорошо известны способствующие причины развития большинства форм психопатологии. Некоторые из отдаленных способствующих причин, которые будут обсуждаться в этой главе ниже, оказывают влияние в детстве, делая человека уязвимым перед лицом будущего расстройства. Другие, более близкие, могут вызывать расстройство непосредственно в период своего воздействия, в то время как третьи способствуют его поддержанию. Эта сложная каузальная картина еще более осложняется тем, что конкретные факты, действия, на одном этапе жизни выступающие ближайшим источником проблемы, одновременно могут быть отдаленной способствующей причиной, закладывающей предрасположенность к другому расстройству в будущем. Например, смерть кого-то из родителей становится ближайшей причиной для последующей скорбной реакции ребенка, которая может длиться несколько месяцев или год; однако эта кончина может оказаться и отдаленным способствующим фактором, повышающим вероятность того, что у ребенка, когда он вырастет, в ответ на определенные стрессоры разовьется депрессия.

Обратная связь и порочный круг при анормальном поведении

В науке задача установления причинно-следственных связей традиционно сосредоточивалась на выделении условия *X* (причины), в отношении которого можно продемонстрировать, что оно ведет к условию *Y* (следствию). Например, когда содержание алкоголя в крови достигает определенного уровня, наступает алкогольная интоксикация. В случаях, когда было задействовано свыше одного причинного фактора, использовался термин **«причинный паттерн»**. Здесь с условием *Y* соотносят условия *A, B, C*. В любом случае эта концепция причины следует простой линейной модели, в которой конкретная переменная (или их набор) ведет либо к немедленному, либо отсроченному результату.

В науках о поведении и, особенно, в анормальной психологии, такие простые причинно-следственные последовательности встречаются очень редко. Так происходит не только потому, что мы обычно имеем дело с множеством взаимодействующих причин, но и потому, что нам часто трудно разобраться, что есть причина, а что — следствие. При анормальном поведении необходимо принимать в расчет эффекты обратной связи и существование обоюдных, двусторонних влияний. Рассмотрим следующую ситуацию.

Разбор случая: пьянство и дистанцирование. Муж и жена пришли на консультацию в связи с проблемами в семейных отношениях. Муж обвиняет жену в пьянстве, тогда как жена обвиняет мужа в том, что он отвергает ее и не выказывает никакой любви. Разъясняя проблему терапевту, жена описывает ее следующим образом: «Я пью, потому что муж меня отвергает». Муж смотрит на ситуацию иначе: «Я отвергаю жену, потому что она слишком много пьет».

Со временем ситуация усугублялась: муж все более отдалялся от жены, тогда как она все больше теряла контроль при употреблении алкоголя. Отделить причину от следствия крайне трудно, если вообще возможно. Скорее, проблема превратилась в порочный круг: каждый воздействует на поведение партнера и поддерживает это поведение.

В жизни людей с психическими расстройствами постоянно встречаются даже более замысловатые сплетения причины и следствия. Рассмотрим следующий сценарий:

Разбор случая: мнимая враждебность ведет к отвержению. Мальчик, в анамнезе которого имеется нарушение отношений с родителями, постоянно неправильно интерпретирует действия своих товарищей, считая их намерения враждебными. Он разрабатывает защитные стратегии, чтобы противостоять предполагаемой агрессии окружающих, например отвергает дружеские порывы других, ошибочно усматривая в этом опеку. Поэтому другим трудно иметь с ним дело, даже если у них самые добрые намерения. Столкнувшись со строптивым поведением товарища, они занимают оборонительную позицию, становятся враждебными и отвергают его, тем самым подтверждая и усиливая искаженные экспектации мальчика. В этих условиях любая возможность для нового опыта и нового научения фактически ниспровергается, становится очередным столкновением с социальной средой, которая искаженно и неизменно представляется враждебной в соответствии с экспектациями мальчика.

Эти примеры показывают, что в наших концепциях причинных связей должны учитываться сложные факторы их обратного влияния, паттерны взаимодействия и порочный круг.

Модели диатеза-стресса

Единой общей чертой многих моделей и взглядов на анормальное поведение, которые мы будем обсуждать в этой главе, является то, что их можно рассматривать как модели диатеза-стресса. Предрасположенность к развитию расстройства называется **диатезом**. Он может порождаться биологическими, психосоциальными и/или социокультурными факторами; различные точки зрения, которые мы собираемся обсудить, подчеркивают значимость различных видов диатеза. Считается, что многие психические расстройства развиваются в результате воздействия какого-либо стрессора на человека, у которого есть диатез к возникающему в итоге определенному расстройству. Здесь мы обсудим то, что широко известно под названием **модели диатеза-стресса** анормального поведения (например, Meehl, 1962; Metalsky et al., 1982; Rosenthal, 1963). Чтобы соотнести эти понятия с вышеописанными типами причинных факторов, скажем, что диатез есть сравнительно отдаленная необходимая или способствующая причина, но не достаточная для возникновения расстройства. Для этого должна существовать более близкая причина (стрессор), которая также может быть способствующей или необходимой, но сама по себе не достаточной, чтобы вызвать расстройство. В прошлом эти модели использовались ограниченно, так как невозможно идентифицировать диатез и стрессоры независимо друг от друга или от дезадаптивного поведения. Однако были разработаны более точные методы измерения как диатеза, так и стрессоров, благодаря чему многие из этих моделей стало возможным применять на практике (например, Kessler, 1997; Monroe & Simons, 1991).

Стресс, реакция индивида на требования, которые он воспринимает как обременительные или превосходящие его личностные возможности (Lazarus & Folkman, 1984), будет предметом нашего рассмотрения в главе 4. Наличие диатеза нередко лишь выводится из дезадаптивного поведения, к которому привели стрессовые

обстоятельства. Дело еще больше осложняется тем, что факторы, способствующие развитию диатеза, иногда сами бывают весьма сильными стрессорами, как это бывает, например, в случае переживания ребенком смерти кого-то из родителей и приобретения им предрасположенности, или диатеза, к депрессивному состоянию в последующие периоды жизни.

В последние годы внимание исследователей сосредоточилось на концепции **защитных факторов**, которые представляют собой влияния, модифицирующие реакцию человека на средовой стрессор, снижая тем самым вероятность того, что человек будет испытывать неприятные последствия его воздействия (Masten & Coatsworth, 1995, 1998; Rolf et al., 1990; Rutter, 1985). Важнейший защитный фактор в детстве — наличие семейного окружения, в котором как минимум один из родителей проявляет сердечность и оказывает поддержку, делая возможным развитие отношений привязанности между ребенком и окружающими его взрослыми (Hetherington & Parke, 1993; Masten & Coatsworth, 1998). Однако защитные факторы не обязательно являются позитивными переживаниями. Нередко успешное преодоление стрессовых обстоятельств развивает чувства собственного достоинства, уверенности в себе и, следовательно, выступает в качестве защитного фактора; таким образом, некоторые стрессоры парадоксальным образом способствуют копингу. Иногда это явление называют эффектом «закаливания», или «инокуляции». Оно чаще возникает при умеренных стрессорах, чем при стрессорах другой интенсивности (Hetherington, 1991; Rutter, 1987a). Некоторые защитные факторы не имеют ничего общего с переживаниями, а являются некими качествами или атрибутами личности. Например, девочки меньше, чем мальчики, уязвимы перед лицом многих психосоциальных стрессоров, таких как конфликт родителей и физические нагрузки, по причинам, которые еще не до конца ясны (Rutter, 1982). Кроме того, к другим защитным атрибутам относятся низкая тревожность, высокое самоуважение, высокий интеллект, успехи в учебе (Hetherington, 1991; Hetherington & Parke, 1993; Masten & Coatsworth, 1995, 1998; Rutter, 1987a).



Ребенка, растущего в неблагоприятной атмосфере, можно защитить от будущих жизненных проблем, если обеспечить ему теплые, наполненные поддержкой отношения с каким-нибудь взрослым, в данном случае – с бабушкой. Важными элементами таких поддерживающих и выполняющих функцию защиты отношений являются побуждение детей задавать вопросы, наличие времени на выслушивание их проблем и забот, а также попытки понять конфликты и давление, с которыми они сталкиваются.

Защитные факторы не всегда, но достаточно часто приводят к **гибкости** — умению успешно приспосабливаться даже к очень трудным обстоятельствам. Примером здесь может быть ситуация, когда ребенок упорно ходит в школу вопреки наркозависимости родителей или другим неблагоприятным обстоятельствам в семье (Masten, Best & Garmezy, 1990, p. 426; Masten & Coatsworth, 1995, 1998). Термин «гибкость» употреблялся для описания трех отдельных феноменов: «1) хорошие исходы, несмотря на возможность высокого риска; 2) неизменная выдержка в условиях угрозы и 3) восстановление после травмы» (Masten et al., 1990, p. 426). В более обыденном понимании гибкость представляется «преодолением необъективности», направленной против индивида. Существует достаточное количество данных в пользу того, что если фундаментальные системы адаптации ребенка (такие, как интеллект и когнитивное развитие, способность к саморегуляции, хорошая мотивация к контролю) работают нормально, то даже самые грозные обстоятельства окажут на него минимальное воздействие. Проблемы возникают при слабости одной или более систем, снижающей возможность адаптации (например, низкий интеллект), в ситуации, когда стрессор повреждает одну или несколько этих систем (например, когда умирает кто-то из родителей), когда уровень проблемы значительно превосходит человеческую адаптационную способность (например, хроническая травма во время войны или плохое обращение с ребенком) (Masten & Coatsworth, 1995, 1998). Мы также должны отметить, что гибкость не следует понимать как способность из области «все или ничего», и некоторые исследования показали, что гибкие дети (то есть те, что демонстрируют высокую социальную сдержанность вопреки сильному стрессу) могут тем не менее, по их собственным признаниям, переживать значительный эмоциональный дистресс. Более того, дети, которые демонстрируют гибкость в одной сфере, могут обнаруживать значительные затруднения в других (Luther, Doernberger, & Zigler, 1993).

На основе этого мы можем определить различия двух классов причин анормального поведения: внутренних, являющихся частью биологических механизмов или прошлого опыта индивида, — диатеза, уязвимости или предрасположенности, и связан с текущими проблемами жизни — стрессорами. Диатез (или диатезы) может подразумевать либо необходимые, либо способствующие причинные факторы, но сам по себе не является достаточным для возникновения расстройства. Стрессоры также могут быть необходимыми или способствующими факторами, но они одни не могут вызвать расстройство. Кроме этого, мы должны изучить защитные факторы, которые могут появиться либо в результате особого рода переживаний, либо из определенных качеств человека и которые могут способствовать развитию гибкости перед лицом уязвимости и стресса. В отношении гибкости большинство защитных факторов является, вероятно, скорее способствующими, чем необходимыми или достаточными. Различные модели анормального поведения, как мы увидим в следующих разделах, идентифицируют различные виды диатеза и стрессоров как путь, приводящий к анормальности, а также различные защитные факторы, ведущие к гибкости перед лицом неблагоприятных обстоятельств.

Из этого обсуждения должно стать предельно ясно, что модели диатеза-стресса нужно рассматривать в широких рамках мультикаузальных эволюционных моделей. Точнее, в ходе развития ребенок может приобрести множество кумулятивных

факторов риска, которые способны взаимодействовать друг с другом в формировании риска возникновения психопатологии. Однако эти факторы риска взаимодействуют и со многими защитными процессами, а иногда — со стрессорами, определяя, изберет ли ребенок нормальный и адаптивный путь в противовес проявлению признаков дезадаптивного поведения и психопатологии в детстве, в подростковом либо в зрелом возрасте. Важно, впрочем, отметить, что для понимания того, что есть анормальное, всегда нужно хорошо разбираться в нормальном человеческом развитии. Именно это оказалось в центре внимания стремительно развивающейся **психопатологии развития**, которая рассматривает определение анормального в каждой точке роста путем сравнения и противопоставления аномалий нормальным и ожидаемым изменениям, происходящим в ходе развития. Например, сильный страх темноты у 3–5-летних детей можно не считать анормальным при условии, что у большинства детей вплоть до раннего подросткового возраста существует как минимум один специфический страх (Barlow, 1988). Однако сильный страх темноты, испытываемый учащимся средней школы или колледжа, следует считать анормальным.

Модели и концепции анормального поведения

Как уже отмечалось, при попытках определения причин анормального поведения мы редко находим однозначные ответы, как в случае соматического заболевания. В предыдущей главе, например, мы познакомились со многими интерпретациями, которые веками разрабатывались для объяснения девиантного поведения, начиная от теорий сверхъестественной одержимости и заканчивая естественно возникающими биологическими причинами. Альтернативные взгляды на причины анормального поведения появились потому, что никаким отдельно взятым подходом нельзя удовлетворительно объяснить любое анормальное поведение. Каждая отдельная точка зрения рассматривает важные грани поведения, хотя ни одной не удается дать исчерпывающего объяснения. Они также образуют основу различных видов терапии, которые мы обсуждаем как параллельно с рассмотрением самих расстройств, так и более детально в главах 16 и 17. Все эти воззрения основаны на событиях, описанных в главе 2, и, поскольку они продолжают эволюционировать, чтобы удовлетворять новым идеям и открытиям, некоторые из них могут воплощать в себе и завтрашнюю «историю».

Студентов часто ставит в тупик тот факт, что в науках о поведении один и тот же аспект имеет несколько различных объяснений. Вообще, чем сложнее исследуемое явление, тем больше число точек зрения, вырабатываемых в попытке его объяснить. Неизбежно оказывается, что не все они одинаково валидны. Как вы увидите, применимость воззрения часто определяется степенью, в которой оно помогает наблюдателю понять конкретный феномен, а валидность, как правило, определяется возможностью поддержать его в ходе эмпирического исследования.

Ценность разнообразия подходов

Обсуждаемые здесь научные воззрения помогают профессионалам, занятым в сфере охраны психического здоровья, объяснить анормальное поведение. Они помогают нам понять расстройства в трех важных аспектах: клиническую картину

(симптомы расстройства), причины возникновения и методы их лечения. В каждом случае эти исследовательские взгляды помогают профессионалам упорядочить сделанные наблюдения, обеспечить систему мышления, в которую будут помещены наблюдавшиеся данные, и предложить сферы, на которые будет направлено лечение.

К сожалению, теоретические взгляды в науке нередко оказывают сильное влияние на своих последователей, затрудняя отказ от них даже перед лицом фактов, свидетельствующих об обратном, и валидных альтернативных объяснений тех же феноменов. Исследователи могут не реагировать на «намеки» об ограниченности их точки зрения до тех пор, пока не возникнет некий новый инсайт, позволяющий разрешить проблему, оставленную неразрешенной. Такие новые инсайты составляют суть *сдвигов парадигмы*, фундаментальной реорганизации всего образа человеческого мышления в целой научной отрасли (Kuhn, 1962). Считалось, например, что Солнце вращается вокруг Земли, пока Коперник не выдвинул радикальную идею о том, что Земля вращается вокруг Солнца и тем самым вызвал крупный сдвиг парадигмы в астрономии и физике.

Зигмунд Фрейд, как мы увидели в главе 2, помог сместить фокус анормальной психологии с биологических недугов и моральной неустойчивости к бессознательным психическим процессам человека. Представляется, что за последние годы в изучении анормального поведения произошли два параллельных сдвига парадигмы. Во-первых, несколько иные, новые биологические изыскания оказывают значительное влияние и выступают главной силой в психиатрии. Во-вторых, поведенческие и когнитивно-бихевиоральные проблемы стали господствующими парадигмами среди клинических психологов, занимающихся исследовательской работой. Однако в конце концов из биологических, психосоциальных и социокультурных исследований нам известно, что лишь интегрированный подход способен обеспечить нечто близкое к исчерпывающему пониманию истоков различных форм психопатологии или содействовать поиску средства длительного лечебного действия на многие серьезные психопатологические состояния.

Многомерный, эклектический и интегративный подходы

Многие исследователи и практики не ограничиваются одним теоретическим направлением. Скорее, они избирают эклектический подход, беря на вооружение то, что расценивают как принципы или техники, оптимальные с различных точек зрения. Некоторые объединяют разные техники в свой собственный, в какой-то мере уникальный подход, другие прибегают к различным теоретическим взглядам и техникам, работая с определенными формами психопатологии. Любой из этих подходов часто оказывается действенным на практическом уровне, и их использование отражает растущую среди некоторых практиков тенденцию не быть связанными с какой-то одной точкой зрения. К этому вопросу мы вернемся в разделе «Неразрешенные проблемы» в конце главы, где продолжим обсуждение эклектического и интегративного подходов.

Однако сначала мы должны определить основные существующие концепции анормального поведения и его причин. Наш обзор будет носить описательный характер. В наши намерения не входит защита одной точки зрения в ущерб другой. Скорее, мы представим информацию о ключевых научных взглядах в каждом направлении наряду с информацией о попытках оценить их валидность. Мы также

опишем причинные факторы, выделяемые различными моделями. Как мы увидим, каждая модель, как правило, содержит некое предположение о том, как и почему отдельная причина участвует в конкретном расстройстве.

Биологические воззрения

Как мы увидели во главе 2 при рассмотрении прогрессивного паралича и его связи с сифилисом, биологическая точка зрения рассматривает психические расстройства как *болезнь*, основные симптомы которой носят когнитивный, или поведенческий, а не физиологический, или анатомический, характер. Психические расстройства понимаются, следовательно, как заболевания вегетативной или центральной нервной системы, а также эндокринной системы, которые имеют либо врожденную природу, либо вызваны неким патологическим процессом. Считается, что ни психологические факторы, ни психосоциальное окружение индивида не играют в психическом расстройстве каузальной роли. Хотя ранее специалисты, разделявшие эту точку зрения, рассчитывали найти простое и быстрое решение проблемы причинности, сегодня большинством исследователей признается, что подобные объяснения редко бывают настолько просты. В этой связи возникла менее радикальная версия биологической точки зрения: биопсихологическая, допускающая другие причинные факторы, но в первую очередь рассматривающая генетические, биохимические и прочие биологические процессы, которые (по какой-то причине) пришли в состояние дисбаланса и нарушают нормальное поведение.

Как обсуждалось в главе 2, расстройства, как считалось ранее, имеющие биологические, или органические, компоненты, связаны с серьезной деструкцией мозговой ткани. Эти расстройства являлись неврологическими заболеваниями, то есть возникали из-за нарушения мозгового функционирования благодаря физическим или химическим агентам и часто сопровождались психологическими, или поведенческими, отклонениями. Однако неврологическое нарушение не обязательно приводит к анормальному поведению.

Подобным образом причудливое содержание бреда и других анормальных психических состояний само по себе, наверное, никогда не бывает прямым результатом поражения мозга. Понятно, что нарушение поведения у человека (например, утрата памяти) можно с готовностью приписать структурному поражению мозга, однако не столь ясно, каким образом подобное поражение вызывает подчас причудливое содержание его мыслей или действий. Например, мы можем понять, как именно потеря нейронов при прогрессивном параличе может привести к затруднениям при выполнении определенных задач, но трудно представить, что факт объявления человеком себя Наполеоном является следствием той же причины. Подобное поведение может быть продуктом некоей функциональной интеграции разных нервных структур, часть которых были «запрограммированы» личностью и научением, опирающимся на прошлый опыт.

Сегодня мы знаем, что многие состояния (например, воспаление мозга или высокая лихорадка) временно нарушают способность мозга к обработке информации без причинения непоправимого ущерба или гибели вовлеченных в процесс нервных клеток. В этих случаях нормальное функционирование изменяется в связи с условиями (особенно химическими), в которых работают нервные клетки. Самый

знакомый пример — алкогольная интоксикация, при которой деструктивное или в каком-то ином отношении неподобающее поведение активизирует то, что в нормальном состоянии сдерживается. Итак, повлиять на мозговые функции и тем изменить поведение способно не только поражение мозга, но и многие другие процессы.

Биологические каузальные факторы

В этом разделе мы рассмотрим пять категорий биологических факторов, которые представляются особо значимыми в развитии дезадаптивного поведения: 1) дисбаланс нейротрансмиттеров и гормонов мозга, 2) генетическая уязвимость, 3) конституциональная предрасположенность, 4) дисфункция мозга и пластичность нервной системы и 5) физическая депривация, или дезинтеграция. Каждая из этих категорий охватывает ряд условий, которые воздействуют на состояние и функционирование организма человека, его поведение. Они не всегда бывают независимыми друг от друга и часто встречаются в различных комбинациях у разных людей.

СПРАВКА 3.1

Нейротрансмиссия и анормальное поведение

Нервный импульс, имеющий электрическую природу, проходит от клеточного тела нейрона (нервной клетки) вдоль по аксону. Хотя каждый нейрон имеет только один аксон, на концах аксонов есть разветвления, которые называются *аксональными окончаниями*, или *терминальными бляшками*. Это участки, в которых вещество-нейротрансмиттер высвобождается в синапс – микроскопический промежуток, заполненный жидкостью, расположенный между аксональными окончаниями одного нейрона (пресинаптического) и дендритами, или клеточным телом, другого нейрона (постсинаптического). Синапс – участок нейротрансмиссии, то есть коммуникации между нейронами. Нейротрансмиттерные вещества содержатся в синаптических пузырьках вблизи аксональных окончаний. Когда нервный импульс достигает аксональных окончаний, синаптические пузырьки перемещаются к пресинаптической мембране аксона и высвобождают нейротрансмиттерное вещество в синапс. Затем нейротрансмиттерные вещества, высвобожденные в синапс, воздействуют на постсинаптическую мембрану дендрита воспринимающего нейрона, который имеет специальные участки, названные *рецепторными*, где и передают свое сообщение. После этого рецепторные участки активизируют реакцию воспринимающей клетки. Нейротрансмиттеры могут либо стимулировать постсинаптический нейрон, чтобы возбудить в нем импульс, либо тормозить передачу импульса. Таким образом, передаваемый сигнал имеет химическую природу и может быть возбуждающим или тормозящим, то есть может либо возбудить постсинаптический нейрон, либо воспрепятствовать его возбуждению. Некоторые важные нейротрансмиттеры доставляют тормозные сигналы, тогда как другие – возбуждающие. Оба вида сигналов важны. Когда нейротрансмиттерное вещество высвобождается в синапс, оно не остается в нем длительное время (так, чтобы второй нейрон не приходил в возбуждение в отсутствие реального импульса). Иногда нейротрансмиттеры быстро уничтожаются энзимами типа моноаминооксидазы, но могут и возвращаться в накопительные пузырьки в аксональных бляшках с помощью механизма «обратного захвата» – процесса, посредством которого они успешно всасываются обратно в аксональное окончание.

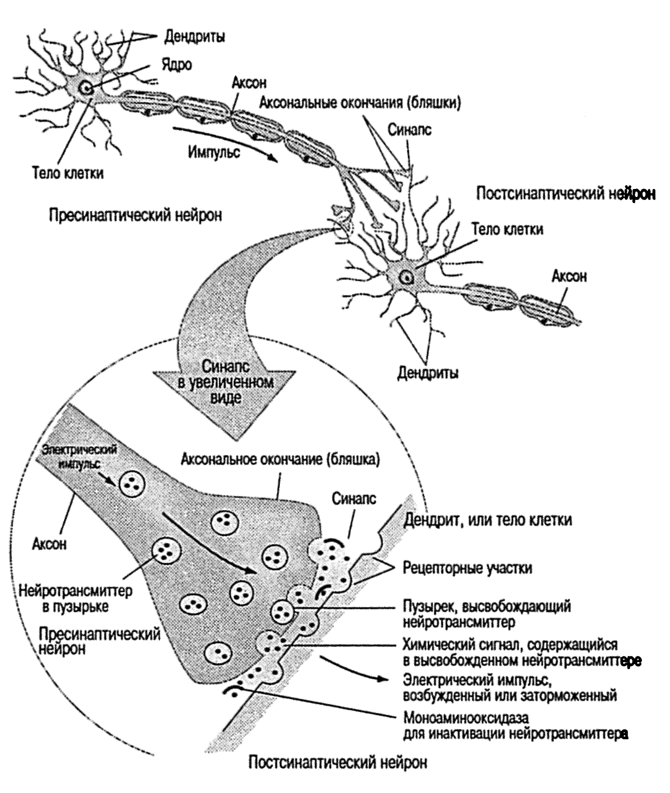
Дисбаланс нейротрансмиттеров и гормонов

Для адекватного функционирования мозга нейроны, или возбудимые нервные клетки, должны обладать способностью к эффективному взаимодействию.

Участок, на котором происходит взаимодействие, расположенный между аксоном одного нейрона и дендритами, или телом, другого, называется **синапсом** (или *синаптической щелью*). Это крошечное заполненное жидкостью пространство между нейронами. Межнейронные (или транссинаптические) передачи осуществляются с помощью веществ, которые называются **нейротрансмиттерами** и высвобождаются в синаптическую щель пресинаптическим нейроном, когда в нем возникает нервный импульс (подробнее см. в справке 3.1).

Существует много видов нейротрансмиттеров; одни из них повышают вероятность того, что постсинаптический нейрон «воспламенится» (произведет импульс), тогда как другие тормозят импульс. Успешная передача нейротрансмиттером нейронного сигнала постсинаптическому нейрону зависит и от концентрации нейротрансмиттеров в синаптической щели.

При условии, что многие формы психопатологии связывают с различными ситуациями дисбаланса нейротрансмиттерных веществ и с измененной чувствительностью рецепторных участков, неудивительно, что многие лекарственные препараты для лечения различных расстройств имеют объектом своего действия синапс. Например, ряд препаратов повышает или понижает содержание определенных нейротрансмиттеров в синаптической щели. Они могут делать это либо путем воздействия на энзимы, которые обычно расщепляют нейротрансмиттерные вещества в синапсе, либо блокируя процесс обратного захвата, либо изменяя чувствительность рецепторных участков.



Дисбаланс нейротрансмиттеров

Утверждение, что *дисбаланс мозговых нейротрансмиттеров* способен привести к анормальному поведению — один из основополагающих постулатов биологического направления в настоящее время. Причиной его возникновения может быть психологический стресс. Такой дисбаланс можно создать многими способами (см. рисунок в справке 3.1). Например, возможно избыточное продуцирование и высвобождение нейротрансмиттерных веществ в синапсы, вызывающее функциональный избыток этого нейротрансмиттера. И наоборот, могут возникать дисфункции в нормальных процессах, посредством которых нейротрансмиттеры, высвобождаясь в синапс, инактивируются. Обычно такая инактивация происходит одним из двух способов. После того как нейротрансмиттерное вещество высвобождается в синаптическую щель, оно может быть либо инактивировано присутствующими в синапсе энзимами, либо возвращено в бляшку пресинаптического аксона — процесс, называемый *обратным захватом*. Дисфункции могут создать дисбаланс нейротрансмиттера в случае, когда имеющиеся в синапсе инактивирующие энзимы оказываются дефектными, а также при замедлении обычного процесса обратного захвата. Наконец, иногда возникают проблемы с рецепторами постсинаптического нейрона, которые могут быть либо анормально чувствительными, либо анормально нечувствительными. Предполагается, что различные расстройства возникают из-за разных паттернов нейротрансмиттерного дисбаланса. Более того, нередко считается, что некоторые лекарственные препараты, использующиеся для лечения разнообразных расстройств, действуют посредством выправления такого дисбаланса. Оказывается, например, что широко прописываемый антидепрессант прозак (флуоксетин) замедляет обратный захват нейротрансмиттера серотонина (см. главы 6 и 16).

Хотя разнообразных нейротрансмиттеров насчитываются десятки, существуют четыре, которые подверглись наиболее широкому изучению в связи с психопатологией: 1) норадреналин, 2) допамин, 3) серотонин и 4) ГАМК. Первые три относятся к классу нейротрансмиттеров, именуемых *моноаминами*, так как все они синтезируются из единственной аминокислоты («моноамин» означает «один амин»). Допамин и норадреналин наиболее близки друг другу (оба называются *катехола-*



Поведение людей в состоянии алкогольной интоксикации – хороший пример того, как преходящее биологическое состояние способно разительно изменить их функционирование: в данном случае – заставить их предаваться поведению, которое в нормальном состоянии сдерживается.

минами), потому что синтезируются из одной и той же аминокислоты тирозина. Норадреналину приписывается важная роль в аварийных реакциях, которые наш организм развивает в острой стрессовой или опасной ситуации, как это будет подробнее рассмотрено в главах 4 и 5. Допамину приписывалось определенное участие в генезе шизофрении, хотя, как мы увидим в главе 12, ранняя гипотеза о том, что шизофрения вызывается избыточным содержанием допамина, не вполне верна. Более того, другие расстройства также сопровождаются изменением действия допамина. Серотонин синтезируется из другой аминокислоты, чем катехоламины (триптофана), и называется *индоламином*. Было обнаружено, что он оказывает важное влияние на то, как мы обрабатываем информацию, исходящую из внешней среды (например, Spoont, 1992), и, похоже, играет роль в таких эмоциональных расстройствах, как тревога и депрессия, равно как и суицид, как мы увидим в главах 5 и 6. Наконец, ГАМК (аббревиатура от *гамма-аминомасляная кислота*) была открыта позже всех и прочно связана с тревогой, как это будет показано в главе 5.

Гормональный дисбаланс

Некоторые формы психопатологии были увязаны и с *гормональным дисбалансом*. **Гормоны** — химические вещества, секретируемые рядом эндокринных желез нашего организма. Каждая эндокринная железа вырабатывает и высвобождает свой собственный комплекс гормонов, которые разносятся по кровеносным сосудам и воздействуют на различные части мозга и другие органы. Центральная нервная система связана с эндокринной (через то, что известно как *нейроэндокринная система*) посредством воздействия гипоталамуса на гипофиз (рис. 3.1), который является главной железой организма. Гипофиз вырабатывает множество гормонов, регулирующих или контролирующих другие эндокринные железы.

Один особенно важный комплекс взаимодействий осуществляется по *гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной оси*. Активизация этой оси подразумевает поток сигналов от гипоталамуса к гипофизу, который затем стимулирует кору надпочечников (распо-

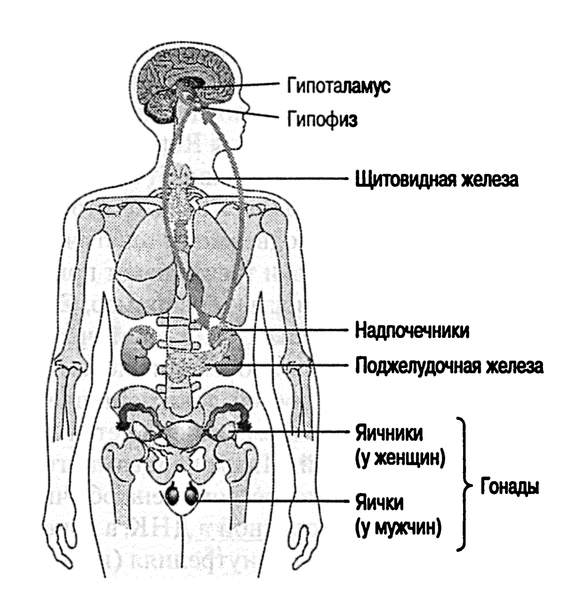


Рис. 3.1. На этом рисунке показаны некоторые основные железы эндокринной системы, которые вырабатывают гормоны и высвобождают их в кровеносное русло. Показана также гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальная ось. Гипоталамус и гипофиз тесно связаны между собой, гипоталамус периодически направляет сигналы в гипофиз (главную железу), который в свою очередь посылает сигналы в кору надпочечников (расположенных над почками) для высвобождения норадреналина и стрессового гормона кортизола.

ложенных на верхних полюсах почек) для выработки эпинефрина (адреналина) и стрессового гормона кортизола. Как мы увидим, дисфункция этой системы имеет место при разнообразных формах психопатологии. Половые железы вырабатывают половые гормоны, а дисбаланс последних (например, мужских гормонов — *андрогенов*) тоже может способствовать дезадаптивному поведению.

Представляется также, что гормональное влияние на развивающуюся нервную систему способствует некоторым различиям между мужским и женским поведением. Хотя нам известно, что социальные взгляды на пол и другие субъективные эффекты переживания из области социального научения способны порой преодолевать подобные влияния, их определенное биологическое воздействие проявляется в гендерных поведенческих различиях (Collaer & Hines, 1995; Ehrhardt & Meyer-Bahlburg, 1981; Money & Ehrhardt, 1972). Например, девочки, которые в пренатальном периоде подвергались воздействию больших доз мужских гормонов, демонстрируют большую склонность к мальчишеству и предпочитают игрушки, с которыми обычно играют мальчики (грузовики вместо кукол) (Berenbaum & Hines, 1992; Collaer & Hines, 1995; Money & Ehrhardt, 1972). В зрелом возрасте мужчины отчетливо демонстрируют более агрессивное поведение, чем женщины, о чем свидетельствуют данные первоисточников, рассматривающих эволюционные, кросс-культурные, связанные с развитием и биологические-гормональные влияния (например, Archer, 1994, 1995; Eagly & Steffen, 1986).

Генетическая уязвимость

Вышеописанные биохимические процессы также претерпевают влияние со стороны генов. Хотя поведение никогда не определяется исключительно генами, имеются веские основания считать, что некоторые психические расстройства несут в себе наследственную составляющую. Генетическая передача от поколения к поколению черт или предрасположенности, например к заболеванию, является, по своему определению, биологическим процессом. Таким образом, многие исследования последних лет, в которых подчеркивается, что наследственность — важный предрасполагающий фактор для ряда различных расстройств, таких как депрессия, шизофрения и алкоголизм, поддерживают биологическую точку зрения (например, Plomin, DeFries, McClearn, & Rutter, 1997). Здесь важно отметить, что генетическая причина уязвимости не проявляет себя до определенного момента — подросткового или зрелого возраста. Похоже также, что многие общие черты темперамента у новорожденных и детей подвержены генетическим влияниям. Некоторые дети, например, более застенчивы и тревожны от природы, тогда как другие отличаются большей коммуникабельностью (например, Carey & DiLalla, 1994; Kagan, 1993).

В анормальной психологии генетические влияния редко выражаются прямо и непосредственно. Так происходит потому, что поведение в отличие от некоторых физических особенностей, таких как цвет глаз, не определяется исключительно генетическим наследием: оно является продуктом взаимодействия организма с окружающей средой. Иными словами, гены могут воздействовать на поведение лишь косвенно. «Экспрессия» гена обычно бывает не простым последствием информации, зашифрованной в ДНК, а конечным продуктом сложного процесса, на который может влиять внутренняя (например, внутриутробная) и внешняя среда.

Важнейшие особенности наследования генетического материала в целом одинаковы для всех людей. Наследование начинается с зачатия, когда женская яйцеклетка оплодотворяется мужским сперматозоидом. Образовавшийся эмбрион получает генетический код, который обеспечивает возможности для развития и функционирования на протяжении всей жизни. Специфические признаки генетического фонда широко варьируют. За исключением однояйцевых близнецов, не бывает, чтобы два человека вступили в жизнь с одним и тем же генетическим багажом. Поэтому наследственность не только задает потенциал развития и функционирования, но также служит важным источником индивидуальных различий. Наследственность определяет не специфику поведения человека, но, скорее, диапазоны, в которых средовые влияния или опыт могут модифицировать характерное поведение. Например, ребенок, родившийся со склонностью к интроверсии, может стать более или менее интровертированным в зависимости от возникающих у него разнообразных переживаний, но вряд ли когда-нибудь станет выраженным экстравертом.

Некоторые врожденные дефекты непосредственно приводят к нарушению нормального развития мозга. Другие, более тонкие по своей природе, провоцируют склонность к тяжелым психическим расстройствам. Эти тонкие влияния обычно передаются в самом генетическом коде, проявляясь в виде метаболических или биохимических отклонений от функциональной нормы. Например, форма умственной отсталости, известная как фенилкетонурия, вызывается генетически обусловленным дефицитом, который делает организм не способным к адекватной переработке химической составляющей, присутствующей во многих пищевых продуктах (аминокислоты фенилаланина) (см. главу 13, но также см. справку 3.2).

Считается, что другие генетические дефекты пагубно влияют на тонкую регуляцию биохимии мозга.

Хромосомные аномалии

Структуры внутри клеточного ядра, имеющие форму цепочки и содержащие гены, называются хромосомами; они изображены на рис. 3.2.

Прогресс в исследованиях позволил нам в первую очередь определить *хромосомные аномалии* — неравномерности в хромосомной структуре — еще до рождения

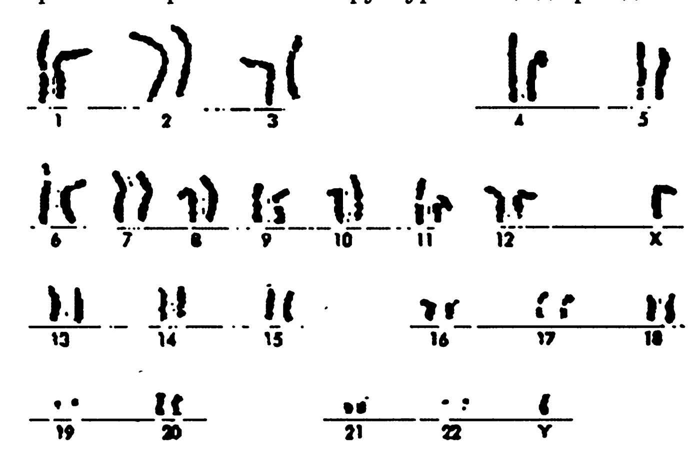


Рис. 3.2. Хромосомные пары человека

У нормального мужчины имеются 22 пары аутосом, *X*-хромосома и *Y*-хромосома.

Из Gelehrter et al., 1988

ребенка, тем самым делая возможным изучение их влияния на развитие и поведение в будущем. В нормальных человеческих клетках находится 46 хромосом, содержащих генетический материал с зашифрованным планом наследования. Когда происходит оплодотворение, то в норме при наследовании 23 пары хромосом передаются от отца, а 23 — от матери. Двадцать две пары из 23 называются *аутосомами*; своим биохимическим действием они определяют общие анатомические и физиологические характеристики. Оставшаяся пара, *половые хромосомы*, определяет пол индивида. У женщин обе половые хромосомы — по одной от каждого из родителей — обозначаются как *X*-хромосомы. Мужчина получает от матери *X*-хромосому, а от отца — *Y*-хромосому.

Исследования в области генетики развития показали, что с аномалиями в структуре или числе хромосом связан широкий круг мальформаций и расстройств. Например, синдром Дауна представляет собой разновидность умственной отсталости (сопровождающейся также определенными характерными чертами лица), при которой имеется трисомия (набор из трех хромосом вместо двух) по 21-й хромосоме (см. главу 13). В этом случае исходной причиной расстройства становится лишняя хромосома. Аномалии могут затрагивать и половые хромосомы, приводя к множеству осложнений, которые могут вызвать предрасположенность индивида к развитию анормального поведения.

Связь генотипа с фенотипом

Гены представляют собой длинные участки молекулы ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты), которые занимают различное положение в хромосомах. Гены можно сравнить с бусинами на ожерелье (хромосоме). Отдельные гены могут содержать информацию, которая приводит к неправильному протеканию процессов в организме, хотя мы до сих пор еще не можем с полной определенностью предсказывать возникновение большинства таких «неисправностей».

Общий генетический фонд индивида называется **генотипом**. Наблюдаемые структурные и функциональные характеристики, являющиеся результатом взаимодействия генотипа с окружающей средой, именуются **фенотипом** человека. В некоторых случаях генотипическая уязвимость, имеющаяся при рождении, повлияет на фенотип лишь на гораздо более поздних этапах жизни. Во многих случаях генотип может формировать средовые переживания, которые испытывает ребенок, тем самым воздействуя на фенотип иным, но очень важным образом. Например, сверстники ребенка, который может быть генетически предрасположен к агрессии, могут отвергать его из-за агрессивного поведения. В дальнейшем такое отвержение может привести ребенка в общество таких же агрессивных и делинквентных сверстников, что с большой степенью вероятности завершится развитием полномасштабного паттерна подростковой делинквентности. Когда генотип подобным образом формирует детские средовые переживания, мы называем это явление **генотипически-средовой корреляцией**.

Генотипически-средовые корреляции

Исследователи выявили три пути, которыми генотип индивида может формировать окружающую его среду (Plomin et al., 1997; Scarr, 1991).

- **Генотип может оказывать на среду влияние, названное пассивным эффектом, который является результатом сходства между родителями и детьми.** Подобное генетическое сходство скорее всего приведет к тому, что родители автоматически создадут условия, сопоставимые с предрасположенностью ребенка. Например, высокоинтеллектуальные родители могут обеспечить своему ребенку высокостимулирующие условия, тем самым создавая среду, которая будет позитивно взаимодействовать с генетически заложенным высоким интеллектом ребенка.
- **Генотип ребенка может вызвать особого типа реакции в его социальном и физическом окружении — так называемый эвокативный эффект.** Например, активные, счастливые младенцы возбуждают в окружающих более позитивные реакции, чем пассивные, невосприимчивые младенцы (Lytton, 1980). Аналогичным образом музыкально одаренных детей могут забрать из обычной школы и предоставить им специальные возможности для обучения (Plomin et al., 1997).
- **Генотип ребенка может играть более активную роль в формировании среды — так называемый активный эффект.** В этом случае ребенок ищет или выстраивает подходящую окружающую среду. Экстравертированные дети могут, например, искать общения, усиливая этим свои собственные тенденции к общительности (Baumrind, 1991; Plomin et al., 1997). Активная и эвокативная генотипически-средовые корреляции становятся более важными, когда ребенок вырастает и больше контактирует с внешним миром (Plomin et al., 1997).

Генотипически-средовые взаимодействия

При рассмотрении генотипически-средовых корреляций мы видели эффекты, которые оказывают гены на существование ребенка в окружающей его среде. Однако дополнительное осложнение состоит в том, что люди с разными генотипами могут быть в различной степени сензитивными или восприимчивыми к своему окружению; это известно как **генотипически-средовое взаимодействие**. Можно проиллюстрировать это с помощью вышеупомянутого расстройства — умственной отсталостью в связи с фенилкетонурией. Дети с генетической предрасположенностью к фенилкетонурии совсем не так реагируют на пищу, содержащую фенилаланин, как это делают нормальные дети, потому что не могут его перерабатывать. При образовании метаболических продуктов фенилаланина у таких детей происходит повреждение головного мозга (Plomin et al., 1997). Другим примером могут служить люди с генетическими факторами риска в отношении депрессии, которые, как было показано, более склонны реагировать на стрессоры, впадая в депрессивное состояние, по сравнению с другими людьми (Kindler et al., 1995; Plomin et al., 1997).

Генетические влияния на психические расстройства и их природа

Представляется вероятным, что многие наиболее интересные (хотя по-прежнему большей частью не изученные) генетические влияния на нормальное и анормальное поведение осуществляются *полигенно* — через совместное действие многих генов в аддитивной или интерактивной манере (например, Plomin, 1990; Plomin et al., 1997; Torgerse, 1993). Генетически уязвимый индивид наследует большое количество таких генов, совместно воплощающих дефектную наследственность. Эти де-

фектные гены могут в свою очередь привести к структурным аномалиям центральной нервной системы, к ошибкам в регуляции химии мозга, а также к избытку или недостатку реактивности вегетативной нервной системы, которая обеспечивает опосредованность многих наших эмоциональных реакций. Эти разнообразные процессы провоцируют предрасположенность человека к будущим проблемам.

Немногочисленные случаи, где на основе известных законов наследования удается сделать сравнительно однозначные прогнозы в отношении психических расстройств, неизменно подразумевают серьезные неврологические поражения. В таких случаях анормальное поведение отчасти возникает вследствие дефектного функционирования центральной нервной системы, как это происходит при болезни Гентингтона; подобные состояния будут рассмотрены в главе 13.

Методы изучения генетических влияний

Несмотря на то что в изучении дефектного генофонда достигли некоторого успеха (включая уточнение локализации генов, ответственных за определенные физические аномалии), мы до сих пор не можем определить особые дефекты генов, ответ-

СПРАВКА 3.2

Природа, развитие и психопатология: новый взгляд на старый вопрос

У людей встречается множество заблуждений и стереотипов насчет изучения генетических влияний на поведение и психопатологию. Здесь изложен ряд самых важных (Plomin et al., 1997; Rutter, 1991a; Rutter et al., 1993).

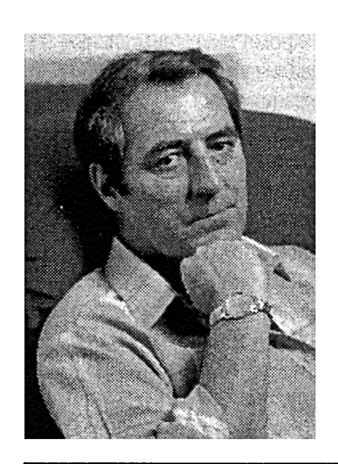
1. **Сильные генетические эффекты означают, что средовые влияния неважны.** Даже если мы обсуждаем черту или расстройство, претерпевающие сильное генетическое влияние, факторы окружающей среды могут оказывать значительное воздействие на их выраженность. Рост, например, в значительной мере определен генетически, и тем не менее факторы питания оказывают серьезное влияние на фактический рост, которого достигает индивид. За период с 1960 по 1990 год средний рост мальчиков, выросших в Лондоне, увеличился примерно на 10 см благодаря улучшению рациона, несмотря на тот факт, что в данный период не произошло никаких генетических изменений (Tizard, 1975).
2. **Гены ограничивают потенциал.** Как показывает вышеприведенный пример, потенциал индивида может измениться при изменении среды. Другим примером служат дети из социально неблагополучных семей, усыновленные и выращенные родителями из социально благоприятных кругов. Средний *IQ* у этих детей примерно на 12 пунктов выше, чем у тех, кто воспитывался в социально неблагоприятных условиях (Capron & Duyme, 1989; Plomin et al., 1997).
3. **Генетические стратегии бесполезны при изучении средовых влияний.** Справедливо обратное, так как стратегии генетического исследования обеспечивают серьезную проверку воздействия факторов окружающей среды. Например, по той причине, что монозиготные близнецы обладают одинаковыми генами, уровни конкордантности ниже 100% наглядно иллюстрируют важность средовых влияний — особенно на неразделенных близнецов (Plomin et al., 1997).

ственных за возникновение психических расстройств. Поэтому большая часть информации о роли генетических факторов в психических расстройствах основывается на изучении не генов, а людей, связанных родственными узами. В *генетике поведения* — отрасли, которая сосредоточена на изучении наследуемых психических расстройств (а также других аспектов психологического функционирования), применяются три основных метода: 1) генеалогический, или метод семейного анамнеза, 2) близнецовый метод и 3) метод усыновления.

Генеалогический метод, или **метод семейного анамнеза**, требует, чтобы исследователь наблюдал за выборкой родственников каждого *пробанда, или проявленного случая* (субъекта или носителя рассматриваемой черты или расстройства), чтобы посмотреть, возрастает ли частотность пропорционально степени наследственной связи. Кроме того, частотность черты в нормальной популяции сравнивают (в качестве контроля) с ее частотностью среди родственников проявленного случая. Основным ограничением этого метода является то, что люди, наиболее близкие друг другу генетически, обычно находятся в сходной среде, что затрудняет разграничение генетических и средовых эффектов.

4. **Природа и развитие раздельны.** Генетические эффекты «оперируют преимущественно через воздействие на восприимчивость к средовым влияниям» (Rutter, 1991a, p. 129). Например, у младенцев, родившихся с генетическим дефектом, вызывающим болезнь обмена веществ фенилкетонурию, заболевание развивается только в случае, если окружающая среда поставляет им пищу, содержащую фенилаланин. Кроме того, гены влияют на характер человеческих переживаний, что сразу же становится очевидным, если проанализировать воздействия, оказываемые на жизненные переживания полом, *IQ* и темпераментом (Plomin et al., 1997).
5. **Генетические эффекты ослабевают с возрастом.** Многие люди полагают, что генетические эффекты должны быть максимальными при рождении, тогда как с возрастом усиливаются влияния окружающей среды. Однако в настоящее время доказано, что это не соответствует действительности (Plomin, 1986). Дизиготные близнецы при рождении больше похожи по росту, весу и *IQ*, чем монозиготные, но со временем они начинают отличаться друг от друга сильнее, чем последние. Независимо от причин многие генетические воздействия на психологические особенности усиливаются вплоть до достижения как минимум среднего детского возраста. Более того, другие генетические эффекты проявляются в жизни гораздо позднее, как это свойственно, к примеру, болезни Гентингтона, которая будет обсуждаться в главе 13.
6. **Расстройства, распространенные в семьях, должны иметь генетическую природу, а те, что не распространены, не являются генетическими.** Этим заблуждениям противоречат многочисленные примеры. Например, молодежная делинквентность и нарушения поведения представляются связанными, главным образом, не с генетическими, а со средовыми влияниями (McGuffin & Gottesman, 1985). И наоборот, аутизм — расстройство столь редкое, что не кажется распространенным в семьях (этим расстройством страдают лишь 3% сиблингов), но генетическое влияние здесь очень сильно выражено (Plomin et al., 1997; Rutter, 1991b).

Близнецовый метод — второй подход, применяемый в исследовании генетических влияний на анормальное поведение. *Однояйцевые*, или *монозиготные, близнецы* обладают одинаковым генофондом, так как развиваются из одной зиготы, или оплодотворенной яйцеклетки. Поэтому если данное расстройство или черта полностью наследуемы, то следует ожидать 100 % **уровня конкордантности** — процента близнецов, обладающих одним и тем же расстройством или чертой. Это означает, что если у одного из однояйцевых близнецов есть некое расстройство, то оно будет и у второго. Практически нет форм психопатологии, где уровни конкордантности для однояйцевых близнецов были бы столь высоки, и потому мы вправе заключить, что полностью наследуемых расстройств не бывает. Однако, как мы увидим, при некоторых распространенных и тяжелых формах психопатологии у однояйцевых близнецов существуют относительно высокие уровни конкордантности. Данные уровни особенно значимы в случае их отличия от выявленных уровней разнояйцевых близнецов. *Разнояйцевые*, или *дизиготные, близнецы* обладают не большим числом общих генов, чем сиблинги, происходящие от одних родителей, поскольку развиваются из двух разных оплодотворенных яйцеклеток. Поэтому если расстройство имеет выраженный генетический компонент, то следует ожидать, что уровни конкордантности дизиготных (ДЗ) близнецов в отношении расстройства будут гораздо ниже, чем монозиготных (МЗ), так как ДЗ имеют больше генетических различий. Таким образом, доказательство генетической передачи черты или расстройства можно получить путем сопоставления уровней конкордантности однояйцевых и разнояйцевых близнецов. Для большинства расстройств, которые





Эта пара однояйцевых близнецов, участвовавших в исследовании сравнительной роли генетики и среды, которое было предпринято Бушаром в Миннесотском университете, разительным образом демонстрирует главенство генетических влияний на личностные черты и установки (Bouchard et al., 1990). Джим Спрингер (слева) и Джим Льюис (справа) были разлучены в 1940 году через четыре недели после рождения. Они выросли в Огайо на расстоянии 45 миль друг от друга. Когда они воссоединились в 1979 году, то обнаружили некоторое удивительное сходство: оба непрерывно курили «Салем», оба обкусывали ногти, оба имели собак по кличке Той. Кроме того, отпуска они проводили в одних и тех же окрестностях Флориды. При тестировании таких личностных черт, как общительность и самоконтроль, оба ответили почти одинаково.

мы будем рассматривать, уровни конкордантности гораздо ниже у разнояйцевых, чем у однояйцевых близнецов.

Некоторые исследователи утверждают, что более высокие уровни конкордантности расстройств у однояйцевых близнецов по сравнению с разнояйцевыми не являются исчерпывающим доказательством генетической зависимости, поскольку всегда остается возможность того, что с однояйцевыми близнецами родители обращались в более сходной манере, чем с разнояйцевыми (Baker & Daniels, 1990; Torgersen, 1993). Однако последние исследования, в ходе которых изучалась данная проблема, предоставили достаточно веские доказательства того, что генетическое сходство важнее сходства родительского поведения (например, Hettema, Neale & Kendler, 1995; Plomin et al., 1997).

Идеальное исследование генетических факторов предполагает участие однояйцевых близнецов, которые росли отдельно друг от друга в значительно разнящихся условиях. Очевидно, что поиск таких близнецов чрезвычайно труден (в Соединенных Штатах найдется, наверное, всего лишь несколько сотен пар), и было выполнено лишь несколько подобных работ с малым числом участников. Например, Готтсман (Gottesman, 1991) отметил, что за все известное время диагноз шизофрении изучался лишь на 14 парах однояйцевых близнецов, воспитывавшихся далеко друг от друга. Хотя эта выборка слишком мала, чтобы быть характерной, интересно отметить, что уровни конкордантности по шизофрении таких однояйцевых близнецов были похожи на те, что наблюдались у однояйцевых близнецов, воспитывавшихся совместно. Из этого следует, что в данном расстройстве значительную роль играют, скорее, гены, чем семейное окружение.

Третий метод, применяющийся при изучении генетических влияний, — **метод усыновления**. В одном из вариантов данного метода биологические родители индивидов, страдающих изучаемым расстройством (и отданных для усыновления вскоре после рождения), сравниваются с родителями индивидов, которые им не страдают (и тоже обрели приемных родителей вскоре после рождения), чтобы определить пропорции расстройства. При наличии генетических влияний ожидается, что у биологических родственников индивидов, страдающих расстройством, оно будет встречаться чаще, чем у родственников тех, кто им не страдает. В другой версии сравнивают частоту расстройства у усыновленных отпрысков родителей, страдающих им, с картиной, которая наблюдается у усыновленных отпрысков нормальных биологических родителей. При наличии генетического влияния расстройство будет чаще встречаться у тех, чьи биологические родители страдают этим расстройством.

Несмотря на то что каждый отдельно взятый метод имеет свои трудности интерпретации, в том случае, если результаты исследований с использованием всех трех стратегий сходятся, можно сделать вывод о генетическом влиянии, оказываемом на расстройство (Plomin et al., 1997; Rutter, 1991a). В справке 3.2 был рассмотрен ряд заблуждений, касающийся генетических исследований в психопатологии.

В связи с тем что три способа изучения наследуемых характеристик в какой-то мере отделяют наследственность от окружающей среды, с их помощью возможно определение воздействия средовых факторов и проведение дифференциации «общих» и «неразделенных» средовых влияний (Plomin & Daniels, 1987; Plomin et al.,

1997). *Общими средовыми влияниями* являются те, что одинаково затрагивают всех детей в семье, например перенаселенность или нищета, а иногда — распад семьи. *Неразделенными средовыми влияниями* являются те, что по-разному затрагивают детей одной семьи. К ним относятся школьные переживания, а также особенности домашнего воспитания, которое может не быть одинаковым для всех детей, как происходит в случае, когда родители обращаются с одним ребенком иначе, чем с другим. В качестве примера можно привести ситуацию, когда родители в процессе ссоры втягивают в конфликт одних детей, оставляя других в стороне (Rutter et al., 1993). Для многих важных психологических характеристик и форм психопатологии неразделенные влияния оказываются важнее, то есть те переживания, которые специфичны для ребенка, могут повлиять на его поведение и приспособление больше, чем переживания, разделяемые всеми детьми в семье (Plomin et al., 1997; Rutter, 1991a).

Конституциональная предрасположенность

Термин «конституциональная предрасположенность» используется для описания любой негативной характеристики, врожденной или приобретенной очень рано (часто пренатально) и обладающей такой силой, что возникает функциональное сходство с генетической характеристикой. Среди многих черт, отнесенных к этой категории, можно назвать физические дефекты и темперамент. Мы кратко рассмотрим роль этих конституциональных факторов в этиологии дезадаптивного поведения.

Физические дефекты

Эмбриональные аномалии или условия окружающей среды, действующие до или после рождения, могут привести к физическим дефектам. Самый частый родовой дефект, с которым связаны последующие психические расстройства (включая необучаемость, а также эмоциональные и поведенческие нарушения), — низкий вес при рождении (5 фунтов и меньше); примерно 6–7 % всех младенцев, родившихся в Соединенных Штатах в 1985 году, имели при рождении низкий вес (Kopp & Kaler, 1989), а прогнозы, сделанные в настоящее время, указывают на то, что такое же положение сохранится и в 2000 году (Barnard, Morisett & Spiecker, 1993). Низкий вес при рождении часто бывает фактором преждевременных родов, но возможен и при срочных родах. Пренатальные условия, которые могут привести к преждевременным родам и низкому весу при рождении, включают в себя дефицит питания, болезни, радиоактивное облучение, наркотики, тяжелый эмоциональный стресс и чрезмерное употребление матерью алкоголя или табака. Можно предположить, что проблемы при вынашивании плода и при родах связаны с социоэкономическим статусом; частотность этих проблем в несколько раз выше у матерей, занимающих низкое социоэкономическое положение (Kopp & Kaler, 1989). Из-за того что низкий вес часто связан с таким количеством неблагоприятных средовых факторов, часто бывает трудно разобраться, какова же на самом деле причина возможных негативных последствий.

К счастью, программы раннего вмешательства как для матерей младенцев с низким весом, так и для самих младенцев, могут быть, по крайней мере на короткий срок, весьма эффективными в предотвращении некоторых проблем, нередко связанных с низким весом при рождении (например, Hetherington & Parke, 1993).

Однако в недавнем исследовании, в котором дети, имевшие при рождении низкий вес, наблюдались в течение пяти лет после программы трехлетнего вмешательства, было обнаружено, что в возрасте 8 лет некоторые завоевания оказывались утраченными; в лучшем случае сохранялись лишь скромные благоприятные эффекты, и только для детей с умеренно низким весом при рождении (дети со значительным снижением веса при рождении теряли все прежние преимущества участия в программе вмешательства) (McCarton et al., 1997). Поэтому для предотвращения многих проблем, которые часто связаны с очень низким весом при рождении, могут потребоваться более долговременные вмешательства.

Темперамент

Новорожденные различаются в своих реакциях на отдельные стимулы. Одни пугаются от малейшего звука или плачут, когда солнце светит им в лицо; другие на вид нечувствительны к такой стимуляции. Эти реакции различны у разных младенцев и служат примерами характерных паттернов поведения, которые представляются устоявшимися до какого бы то ни было широкого взаимодействия с окружающей средой. Эти паттерны считаются, скорее, конституциональными, нежели генетическими, так как они, вероятно, вызываются не только генетическими влияниями; в их развитии могут играть роль пренатальные и постнатальные средовые факторы (Kagan, 1993). Подобные поведенческие паттерны составляют один из компонентов **темперамента**, под которым понимается не только реактивность, но и характерные способы саморегуляции. Когда мы говорим, что младенцы различаются по темпераменту, мы имеем в виду, что они различаются в проявлении эмоций и реакциях возбуждения на разнообразные стимулы, а также в своей тенденции приближаться, отстраняться или проявлять внимание к различным ситуациям (Rothbart & Ahadi, 1994).

Считается, что темперамент в ранний период развития ребенка — это субстрат, из которого вырастает личность. С 2–3-месячного возраста можно идентифицировать приблизительно пять измерений темперамента, хотя некоторые из них проявляются позже, чем другие: 1) боязливость, 2) раздражительность и фрустрация, 3) позитивный аффект, 4) уровень активности и 5) постоянство внимания. Представляется, что перечисленное связано с тремя важными измерениями взрослой личности: 1) невротичность, или негативная эмоциональность, 2) экстраверсия, или позитивная эмоциональность, и 3) сдержанность (сознательность и покладистость) (Rothbart & Ahadi, 1994; Watson, Clark & Harkness, 1994). Младенческие измерения боязливости и раздражительности соответствуют взрослому измерению невротичности — склонности переживать негативный аффект. Младенческие измерения позитивного аффекта и уровня возможной активности видятся связанными с измерением уровня экстраверсии у взрослого человека, а младенческое измерение постоянства внимания представляется связанным с измерениями у взрослого сдержанности или контроля. Некоторые аспекты темперамента обнаруживают умеренную степень стабильности в первый год жизни и на протяжении, как минимум, среднего детского периода (например, Kagan, 1993, 1997).

В точности так же, как мы видели при обсуждении генно-средовых корреляций, темперамент младенца или маленького ребенка оказывает глубокое воздействие на

множество важных процессов, сопряженных с развитием (Rothbart & Ahadi, 1994). К примеру, у ребенка с высокой боязливостью есть много возможностей для классического обусловливания страха перед ситуациями, в которых он провоцируется; впоследствии ребенок может научиться избегать попадания в эти отпугивающие ситуации, и последние данные заставляют предположить, что у таких детей наблюдается значительная склонность к появлению страха перед социальными ситуациями (Kagan, 1997).

При наличии таких глубоких эффектов, оказываемых на различные базисные процессы развития, неудивительно, что темперамент может готовить почву и для последующего развития разнообразных форм психопатологии. К примеру, дети, которые выказывают боязливость во многих ситуациях, были названы Каганом и его коллегами *поведенчески заторможенными*. Эта черта несет в себе значительную наследственную составляющую (Kagan, 1993; Matheny, 1989) и, когда оказывается стабильной, является фактором риска в отношении развития тревожных расстройств позднее в детстве и, вероятно, в зрелом возрасте (Biederman et al., 1990; Hirshfeld et al., 1992; Kagan, 1993, 1997). Напротив, те 2-летние дети, которые значительно *расторможены* и мало чего боятся, могут испытывать трудности при усвоении моральных стандартов поведения, диктуемых родителями или обществом (Rothbart & Ahadi, 1994), и было показано, что к 13 годам они демонстрируют более агрессивное и делинквентное поведение (Schwartz, Snidman & Kagan, 1996). Если эти личностные составляющие сочетаются с высокой враждебностью, то может возникнуть почва для развития нарушенного поведения и антисоциального личностного расстройства (Harpur, Hart & Hare, 1993).

Дисфункция мозга и пластичность нервной системы

Значительное поражение мозговой ткани подвергает человека риску развития психопатологии, однако специфические мозговые дефекты редко бывают исходной причиной психиатрических расстройств (Eisenberg, 1990). Частотность таких поражений заметно возрастает среди пожилых людей, главным образом в силу самого процесса старения (часто приводящего к болезни Альцгеймера) или сопутствующей сердечно-сосудистой недостаточности; оба состояния будут рассмотрены в главе 13. Поражение мозга у пожилого человека иногда приводит к анормальному поведению. Кроме того, оно повышает уязвимость тем, что делает его менее способным к борьбе.

В этом случае ясно, что обширная мозговая патология, при которой наблюдается отчетливое поражение мозговой ткани, отмечается лишь у малого процента людей с анормальным поведением. Однако в наше время считается, что во многих расстройствах, которые мы будем обсуждать в этой книге, участвуют более тонкие дефекты мозгового функционирования. В последнее десятилетие успехи в нашем познании путей, которыми эти аномалии мозговых структур и функций способствуют психопатологии, возрастали в стремительном темпе наряду с появлением все новых и новых утонченных техник, позволяющих получить изображение нервных тканей для изучения работы мозга (подробное обсуждение см. в главе 15). Эти и другие разновидности техник для изучения структуры и функций мозга показывали, что генетические программы развития мозга не столь ригидны и детермини-

рованы, как некогда считалось (например, Nelson & Blum, 1997). Например, у беременных самок обезьян, которых подвергают непредсказуемому воздействию громких звуков, рождаются пугливые детеныши с нейрохимическими аномалиями (специфически повышенные уровни циркулирующих катехоламинов) (Schneider, 1992). Более того, многие события в окружающей среде, происходящие постнатально, тоже воздействуют на развитие мозга младенцев и детей (Nelson & Blum, 1997). Например, на формирование после рождения новых нервных соединений (или синапсов) разительно влияют испытываемые переживания (например, Greenough & Black, 1992). У крыс, выращенных в окружении сородичей (в отличие от изолированных), отмечается улучшенный рост клеток в определенных участках коры (равно как и большее число синапсов, приходящихся на нейрон). Кроме того, у обезьян, с рождения росших в социальной изоляции, обнаруживаются нейроанатомические аномалии в участках мозга, которые участвуют в эмоциональном и когнитивном функционировании, и неудивительно, что эти животные выказывают множество поведенческих и эмоциональных аномалий (Ginsberg, Hof, McKinney & Morrison, 1993 a, b).

Исследование нервной и поведенческой пластичности в сочетании с ранее описанной работой, посвященной генотипически-средовым корреляциям, позволяет понять, почему эволюционные психологи уделяли и уделяют большое внимание **эволюционному системному подходу.** Данный подход признает не только генетическое влияние на нервную систему, которая, в свою очередь, воздействует на поведение, но также и то, что эти влияния имеют двунаправленный характер. Как показано на рис. 3.3, различные аспекты нашего окружения (физические, социальные и культурные) также влияют на поведение, которое, в свою очередь, воздействует на нервную систему, и это, уже в свою очередь, оказывает воздействие на генетическую составляющую (Gottlieb, 1992; Gottlieb, Wahlsten & Lickliter, 1998).

Физическая депривация, или дезинтеграция

Благодаря комплексу сложных процессов наши пищеварительные, дыхательные и прочие телесные функции работают на поддержание физиологического равновесия и целостности. Однако всех нас время от времени поражают травмы и болезни, которые расстраивают наше нормальное равновесие. Психологические послед-

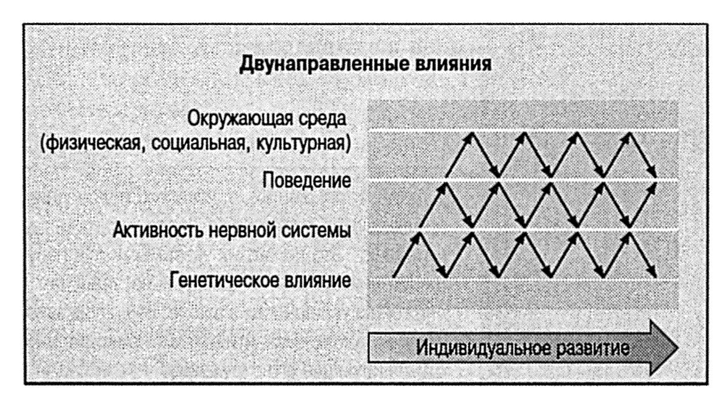


Рис. 3.3. Двунаправленные влияния
Системный взгляд на психобиологическое развитие. *Источник*: Gilbert Gottlieb, из *Individual development and evolution: The genesis of novel behavior*. New York: Oxford University press, 1992. Copyright © 1992 by Oxford University press. Перепечатывается с разрешения.

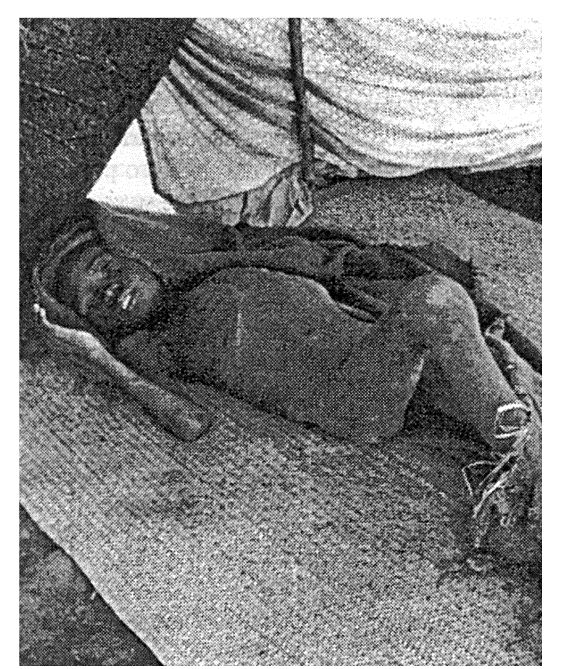
ствия подобных событий могут быть значительными. Депрессия, например, часто сопровождает серьезные физические недуги, отчасти из-за того, что те болезненно напоминают нам об ограниченности нашего контроля над собственной жизнью. Угрозу здоровью люди могут воспринимать даже в отсутствие серьезных болезней или инвалидизации. В следующих разделах мы затрагиваем две ситуации: депривацию основных физиологических потребностей и неоптимальные уровни стимуляции.

Депривация основных физиологических потребностей

К основным человеческим потребностям относятся потребности в пище, кислороде, воде, сне и удалении отходов. Недостаточный отдых, неадекватное питание или чрезмерно напряженная работа во время болезни — все это может сказаться на сопротивляемости человека и вызвать множество проблем. Заключенных, например, нередко удавалось сломить систематическим лишением сна или пищи на протяжении нескольких дней. Экспериментальные исследования с участием добровольцев, которые не спали в течение 72–98 часов, демонстрируют возрастание психологических нарушений по мере продолжения бодрствования, включая дезориентацию во времени и месте и ощущения деперсонализации.

В настоящее время признается, что даже сравнительно незначительное, но хроническое нарушение сна может пагубно отразиться на эмоциональном состоянии детей и подростков. Например, в своем обзоре эмпирической литературы Карскадон (Carskadon, 1990) продемонстрировала, что на протяжении отрочества действует паттерн сокращения общего времени сна. Этот паттерн сопровождался значительной сонливостью в дневные часы. Карскадон утверждала, что недочеты в функционировании, связанные с чрезмерной сонливостью, могут в свою очередь привести к повышенной уязвимости перед лицом несчастных случаев и употреблению кофеина и алкоголя, а также к расстройствам настроения и поведения.

Пролонгированная депривация пищи тоже нарушает психологическое функционирование. Неко-



У детей, страдающих от тяжелого недоедания, наблюдаются остановка в росте и сниженный интеллект. Это делает их уязвимыми для нарушений внимания и, следовательно, приводит к снижению успешности в школе. Было показано, что к остановке развития мозга приводит и не стимулирующее его окружение.

торые из этих эффектов были продемонстрированы впервые в проведенном исследовании, выполненном Кейсом и его коллегами (Keys et al., 1950) в годы Второй мировой войны. Тридцать два человека, сознательно отказавшиеся воевать, стали волонтерами и были посажены на низкокалорийную диету, характерную для голодающих стран Европы, которую должны были выдерживать в течение шести месяцев, после чего следовал трехмесячный период пищевой реабилитации. Мужчины потеряли в среднем по 24 % веса тела и демонстрировали разительные личностные и поведенческие изменения. Они стали раздражительными, необщительными и все более неспособными сосредоточиться или думать о чем-либо, кроме еды; порой они прибегали ко лжи и крали пищу, чтобы получить дополнительное питание. К концу шестимесячного срока у мужчин преобладало мрачное и депрессивное настроение, сопровождавшееся апатией, ощущениями неадекватности и потерей интереса к сексу.

Кроме того, такая серьезная потеря веса чревата некоторыми весьма долговременными последствиями. Когда, например, группу бывших военнопленных Второй мировой и Корейской войн, потерявших в плену 35 и более процентов от исходного веса, протестировали спустя более чем через 30 лет после их освобождения, выяснилось, что они хуже выполняли многие тесты на когнитивное функционирование, чем те бывшие военнопленные, которые потеряли в весе не столь много (Sutker et al., 1990, 1995). Кроме того, Поливи с коллегами (Polivy et al., 1994) обнаружили, что бывшие военнопленные, которые значительно потеряли в весе, сообщили о большем, чем ожидалось, переедании в последующие годы.

Наверное, самая трагичная депривация видна на примере голодающих маленьких детей, с учетом того, что Всемирная организация здравоохранения устанавливает, что от 40 до 60% детей в мире страдает от легкого и умеренного недоедания (Lozoff, 1989). В некоторых странах мира от 3 до 7% детей могут страдать от тяжелого недоедания, сопряженого с огромным количеством иных, потенциально опасных переменных, например заброшенностью, а ограниченность доступа к услугам здравоохранения (Brozek & Schurch, 1984; Lozoff, 1989) нарушает физическое развитие и ослабляет сопротивляемость к болезням. Но это, кроме того, приостанавливает и развитие мозга, что приводит к заметному снижению интеллекта и повышает риск возникновения таких расстройств, как дефицит внимания с гиперактивностью (что ведет к нарушению внимания, повышенной отвлекаемости и препятствует учебе) (Amcoff, 1980; Galler, 1984; Lozoff, 1989). При вскрытии младенцев, умерших от недоедания на первом году жизни, Виник (Winick, 1976) обнаружил, что общее количество мозговых клеток у них на 60 % ниже, чем у нормальных новорожденных.

Для ряда западных стран, в частности США, справедливы полученные в последние годы данные, согласно которым недоедание чаще встречается в семьях, где матери относятся к уходу за детьми с традиционной пассивностью. Если приучить матерей давать своим младенцам пищевые добавки (при условии, что те им доступны), то многие пагубные эффекты раннего недоедания можно обратить вспять по мере того, как дети будут получать больше энергии и будут более открытыми процессу социализации, который так важен для нормального интеллектуального развития (Sameroff, 1995).

Стимуляция и активность

Мы знаем, что здоровое психическое развитие зависит от адекватной стимуляции, которую ребенок получает из окружающей среды. Помимо психологической уязвимости, которая может быть индуцирована слишком малой стимуляцией и будет обсуждаться ниже, нестимулирующая окружающая среда оказывает пагубное воздействие на *физическое* развитие мозга. И наоборот, из многих опытов на животных видно, что специальная стимуляция, такая как обогащенная и сложная окружающая среда, в которой можно предаваться различным видам деятельности, улучшает биологическое развитие. Последнее включает в себя позитивные изменения в химии мозга и структурные изменения во многих его отделах, например увеличение числа синапсов и дендритов (Diamond, 1988; Nelson & Blum, 1997; Swain et al., 1995).

С другой стороны, существуют ограничения объема стимуляции, благоприятного для развивающегося организма. Мы знаем, что сенсорная перегрузка может повредить функционированию взрослого человека, и, хотя еще не располагаем доказательством этого, можем допустить, что такое же воздействие оказывается на младенцев и детей. В целом представляется, что для любого из нас существует оптимальный уровень стимуляции и активности, который может варьировать во времени, но должен поддерживаться ради нормального психологического функционирования. В условиях чрезмерного прессинга мы можем прилагать усилия к тому, чтобы сократить объем входящей информации и уровень активности. С другой стороны, в определенных состояниях, например при скуке, мы можем стремиться повысить уровень стимуляции, занимаясь чем-нибудь интересным. В главе 9 мы увидим, что для определенных типов личности, например обладающих асоциальными чертами, потребность в возбуждении оказывается выше средней.

Влияние биологического направления

Биологические открытия оказали глубокое влияние на наши представления об анормальном поведении. Сейчас мы признаем важную роль биохимических факторов и врожденных характеристик, многие из которых предопределены генетически как для нормального, так и для анормального поведения. Кроме того, с 1950-х годов мы стали свидетелями многих новых достижений в использовании лекарственных препаратов, которые могут разительно изменять тяжесть и течение определенных психических расстройств, особенно самых тяжелых, к которым относится шизофрения. В какой-то мере мы знаем, какие именно биохимические изменения происходят под действием этих лекарств, и можем оценивать их эффекты, отмечая наличие или отсутствие поведенческих, когнитивных и эмоциональных симптомов у пациентов. Огромное количество новых препаратов привлекло значительное внимание к биологическому подходу не только в научных кругах, но и в средствах массовой информации. Возможно, что биологические методы лечения позволяют быстрее получить результат, чем другие доступные разновидности терапии, и есть надежда на то, что в большинстве случаев они могут сделаться «панацеей» — дать немедленный результат при внешне малых затратах.

Однако, как утверждал Горенштейн (Gorenstein, 1992), есть несколько распространенных ошибок в том, как многие люди интерпретируют смысл последних

биологических достижений. Например, некоторые выдающиеся психиатры, сторонники биологического подхода, предположили, что если мы можем показать, что конкретный биологический атрибут причинно связан с конкретным анормальным психическим состоянием, то это психическое состояние можно объективно рассматривать как болезнь (например, Andreason, 1984; Kety, 1974; Gorenstein, 1992, p. 119). Но, как указывает Горенштейн, было бы иллюзией считать, будто установление биологических различий, например между шизофрениками и нешизофрениками, само по себе подтверждает тот факт, что шизофрения — болезнь. Все поведенческие черты наподобие интроверсии и экстраверсии, слабого или сильного стремления к ощущениям могут характеризоваться отчетливыми биологическими особенностями, но мы не расцениваем эти черты как болезнь. Поэтому решение о том, что же именно определяет психическое заболевание или расстройство в конце концов по-прежнему опирается на субъективное мнение о функциональных эффектах нарушенного поведения. Установление биологического субстрата не имеет отношения к этому вопросу, так как всякое поведение — нормальное и анормальное — имеет биологический субстрат. Второе серьезное заблуждение, рассматриваемое Горенштейном (Gorenstein, 1992), касается идеи о том, что большинство (если не все) психических расстройств являются биологическими состояниями с биологическими причинами (Andreason, 1984; Kety, 1974). С учетом того, что все наши когниции и паттерны поведения в конечном счете можно свести к комплексу биологических внутримозговых процессов, подобное разграничение психологических и биологических причин является ошибкой. Как утверждает Горенштейн, психологические причины можно отделить от биологических «только до их вступления в центральную нервную систему» (p. 123). Так происходит потому, что как только психологическая причина оказывает воздействие на человека, эффект этого психологического события влияет опосредованно на деятельность центральной нервной системы. Получается, что на самом деле, когда мы обнаруживаем некую дисфункцию центральной нервной системы, она может быть вызвана как психосоциальными, так и биологическими причинами.

Итак, мы вновь должны напомнить себе, что лишь немногие, если вообще какие-либо, психические расстройства оказываются независимыми от личностей людей или проблем, с которыми те сталкиваются в процессе жизни. Далее мы рассмотрим подходы, которые подчеркивают психосоциальные и социокультурные аспекты, памятуя о том, что конечной целью является объединение этих отличных друг от друга направлений в теоретически согласованное биопсихосоциальное понимание психопатологии.

Психосоциальные воззрения

По численности психосоциальные интерпретации анормального поведения превосходят биологические, отражая широкий диапазон мнений о том, как лучше познать людей не просто в качестве биологических организмов, но и как человеческих существ со своими мотивами, желаниями, перцепциями и т. д. Несколько подробнее мы остановимся на трех воззрениях на природу и поведение человека: психодинамическом, поведенческом и когнитивно-бихевиоральном. Есть и еще два направления. Одно из них — гуманистическое, которое фокусируется на осво-

бождении людей от блокирующих допущений и установок так, чтобы они могли жить более полной жизнью. Его акцент, таким образом, делается, скорее, не на лечении болезней и смягчении расстройств, а на личностном росте и самовыражении. Другим является экзистенциальное направление, которое не столь оптимистично и подчеркивает трудности, присущие самореализации. В справке 3.3 изложены некоторые основные мотивы гуманистического и экзистенциального направлений, а в главе 17 будет рассмотрен их подход к психотерапии, который фокусируется на со-

СПРАВКА 3.3

Гуманистическое и экзистенциальное направления

Гуманистическое направление

Гуманистическое направление рассматривает человеческую природу как изначально «хорошую». Оно акцентуирует сознательные процессы, уделяя меньше внимания бессознательным процессам и прошлым причинам, и с силой подчеркивает способность к ответственному самоуправлению, заложенную в каждом человеке. Гуманистические психологи считают, что эмпирические исследования, призванные изучать причинные факторы, в значительной мере примитивны, чтобы раскрыть сложности человеческого поведения. Поэтому гуманистическое направление стремится к определению того, как мы должны рассматривать человеческое состояние, и пытается объяснить поведение людей, отягощенных личными проблемами. Психотерапевты, принадлежащие к гуманистическому направлению, фокусируются на освобождении людей от блокирующих допущений и установок так, чтобы они могли жить более полной жизнью. Его акцент, таким образом, делается, скорее, не на лечении болезней и смягчении расстройств, а на личностном росте и самовыражении.

Как крупное направление в психологии гуманистический подход возник в 1950–1960-х годах, когда американцы среднего класса стали испытывать материальное изобилие и духовную пустоту. Оно оптимистически рассматривает будущее, но не прошлое индивидуума. Кроме того, данное направление затрагивает процессы, о которых мы пока еще располагаем недостаточной научной информацией: любовь, креативность, ценности, смысл, личностный рост и самореализацию. В гуманистической психологии можно выделить основные положения и принципы, хотя они не вполне поддаются эмпирическому исследованию. Здесь описаны два из них.

«Я» как объединяющая основа

Гуманисты 1950-х и 1960-х годов сосредоточили свое внимание на концепции Я. Принадлежавший к числу гуманистических психологов Карл Роджерс (1902–1987) разработал наиболее последовательную формулировку Я-концепции, основанную преимущественно на его первопроходческом исследовании природы психотерапевтического процесса. Роджерс (Rogers, 1951, 1959) изложил свои взгляды в следующих положениях.

- Каждый индивидуум существует в сокровенном мире переживаний, центром которого выступает Я, Самость.
- Основная потребность индивидуума – стремление к поддержанию, улучшению и актуализации Я.
- Индивидуум реагирует на ситуации в соответствии со своим восприятием, способами, которые согласуются с его мировоззрением и Я-концепцией.
- Воспринятая угроза своему Я сопровождается защитой, включая активизацию перцепции и поведения и включение механизмов самозащиты.

действии росту в направлении социально конструктивного образа жизни, позволяющего личности реализовать себя.

Три точки зрения, которые мы обсудим, олицетворяют различные и порой конфликтующие направления, однако они во многом дополняют друг друга. Все они подчеркивают важность ранних переживаний и осознания социальных влияний и психологических процессов внутри индивида, в результате чего и возник термин «психосоциальные направления» в качестве описательного названия. При описании

- Внутренние тенденции индивидуума направлены на поддержание здоровья и целостности; в нормальных условиях человек ведет себя рационально и конструктивно; он избирает путь, ведущий к личностному росту и самореализации.

Используя Я-концепцию в качестве объединяющего понятия, гуманистические психологи подчеркивают важность индивидуальности. При изучении человеческой природы психологи, таким образом, сталкиваются с двойной задачей, состоящей в описании уникальности каждого человека и в идентификации общечеловеческих черт.

Концентрация внимания на ценностях и личностном росте

Гуманистические психологи подчеркивают значение ценностей и процесса выбора в управлении поведением и достижении осмысленного, насыщенного образа жизни. Они придают решающее значение тому, чтобы каждый из нас устанавливал для себя жизненные ориентиры, исходя из собственных переживаний и оценок, вместо того чтобы слепо разделять чужие; в противном случае мы отрицаем собственные переживания и теряем контакт со своими чувствами. Чтобы сделать правильный выбор, необходимо обладать отчетливым ощущением собственной идентичности – открытием того, кто мы есть, кем хотим быть и почему. Только так мы сможем *самореализоваться*, что означает, что мы достигаем нашего полного потенциала. В соответствии с гуманистическими взглядами психопатология есть блокирование или искажение личностного роста и естественной тенденции к физическому и психическому здоровью. Такое блокирование или искажение обычно становится результатом воздействия одного или нескольких из нижеперечисленных причинных факторов: 1) чрезмерное использование механизмов защиты эго, которые все больше и больше отстраняют индивидуума от контакта с реальностью; 2) неблагоприятные социальные условия и дефектное научение; 3) чрезмерный стресс.

Экзистенциальное направление

В середине XX века, по мере того как гуманистическое направление стало одним из ведущих, заметное влияние стало оказывать и другое, родственное интеллектуальное движение, получившее распространение в Европе. Этим движением был *экзистенциализм* – философское мировоззрение, уходящее корнями в труды таких экзистенциальных мыслителей, как Мартин Хайдеггер и Серен Кьеркегор.

Экзистенциальное направление имеет общие черты с гуманистическим в своем акценте на уникальность каждого индивидуума, поиске ценностей и смысла, наличии свободы для самоуправления и самореализации. Однако в нем воплощается менее оптимистический взгляд на человеческую природу и делается больший акцент на иррациональных тенденциях и трудностях, присущих самореализации, особенно в современном бюрократическом и антигуманном обществе. Короче говоря, для экзистенциалистов жизнь в гораздо большей степени является «конфронтацией», чем для гуманистов. Экзистенциальные мыслители особо озабоче-

различных психосоциальных моделей мы рассмотрим множество психосоциальных причинных факторов, о которых известно, что они связаны с анормальным поведением, и обсудим, как некоторые психосоциальные модели объясняют их эффекты.

Психодинамические направления

Как обсуждалось в главе 2, Зигмунд Фрейд основал психоаналитическую школу, которая подчеркивала роль бессознательных процессов в предопределении как нормального, так и анормального поведения. Ключевым понятием здесь является

ны внутренними переживаниями индивидуума, его попытками понять и справиться с глубочайшими человеческими проблемами. В экзистенциализме есть несколько основополагающих доктрин.

- *Существование и сущность*: основное положение экзистенциализма – наше существование задано, но то, что мы из него делаем, наша сущность, зависит от нас. Подросток, дерзко заявляющий: «Ну а я не просил меня рожать», изрекает глубокую истину, но с экзистенциальной точки зрения она совершенно иррелевантна. Просил ли он, чтобы его родили, или не просил, он находится в этом мире и должен отвечать за себя, за одну человеческую жизнь. Он отвечает за то, чтобы сформировать ту личность, которой ему предстоит стать, и жить осмысленной и конструктивной жизнью.
- *Выбор, свобода и решимость*: наша сущность создается нашими выборами, ибо наши выборы отражают ценности, на которые мы опираемся и на которые равняемся. Как выразился Сартр: «Я есть мой выбор». При выборе, каким человеком стать, мы пользуемся абсолютной свободой; даже в отказе от выбора воплощается выбор. Поэтому локус ценности находится внутри каждого индивидуума. Мы неизбежно являемся архитекторами своих собственных жизней.
- *Смысл, ценность и долг*: важным положением экзистенциального направления является воля к смыслу. Эта черта считается основной человеческой характеристикой и состоит в первую очередь в поиске удовлетворяющих ценностей, на основе которых впоследствии будет строиться жизнь. Экзистенциализм также делает значительный акцент на наших обязательствах друг перед другом. Самым важным соображением является не то, что мы можем получить от жизни, но то, что мы можем привнести в нее, обладая социально конструктивными ценностями и делая социально конструктивные выборы.
- *Экзистенциальная тревога и встреча с ничто*: последнее экзистенциальное понятие, небытие, или ничто, придает положению человека в мире настойчивую и болезненную ноту. В своей окончательной форме ничто есть смерть – неизбежный удел всех человеческих существ. Осознание нашей неизбежной смерти и выводов, которые следуют из этого, может привести к экзистенциальной тревоге – глубокой обеспокоенности осмысленностью и состоятельностью нашего бытия. Мы можем преодолеть свою экзистенциальную тревогу и отрицать победу ничто, живя жизнью, наполненной неким значением.

Таким образом, экзистенциальные психологи фокусируются на важности определения ценностей и приобретения духовной зрелости, заслуживающей свободы и достоинства, которые дарованы самой природой индивидууму. Именно уход от такого рода главных вопросов порождает порочное, бессмысленное и загубленное существование. Анормальное поведение, следовательно, во многом рассматривается как результат неспособности конструктивно справиться с экзистенциальным отчаянием и фрустрацией.

бессознательное. Фрейд полагал, что сознательная часть психики представляет собой относительно небольшую сферу, тогда как бессознательная часть, подобно подводной части айсберга, значительно больше. В глубинах бессознательного содержатся болезненные воспоминания, запретные желания и переживания, которые были вытеснены, то есть изгнаны из сферы сознания. Однако бессознательный материал продолжает искать выражения и проявляется в фантазиях, снах, оговорках и так далее, а также под гипнозом. Пока такого рода бессознательный материал не доведен до осознания и не интегрирован в сознательную часть психики посредством, например психоанализа, он может приводить к иррациональному и дезадаптивному поведению.

Существующие техники психоанализа как форма лечения психических расстройств опираются на общие принципы, лежащие в основе теории личности Фрейда. Они очень сложны и детально здесь не рассматриваются (хотя в главе 17 содержится их краткое обсуждение). Для наших целей достаточно будет общего обзора принципов классической теории психоанализа. Для тех, кому нужна более подробная информация, хорошим источником будут «Основы психоанализа» Александера (Alexander, 1948) и любые оригинальные работы Фрейда.

Структура личности: ид, эго и суперэго

В теории Фрейда поведение человека вытекает из взаимодействия трех главных компонентов личности, или души: ид, эго и суперэго. **Ид** представляет собой источник инстинктивных импульсов и является первой структурой, возникающей в младенческом возрасте. Эти импульсы носят врожденный характер и считаются относящимися к двум противоположным типам: 1) *инстинкты жизни*, которые являются конструктивными сигналами изначально сексуальной природы и составляют **либидо**, основную энергию жизни, и 2) *инстинкты смерти*, которые являются деструктивными сигналами и тяготеют к агрессии, разрушению и, в конечном счете, к смерти. Фрейд использовал термин *сексуальный* в широком смысле для обозначения почти всего, что доставляет удовольствие, от приема пищи и до рисования. Ид действует в соответствии с **принципом удовольствия**, участвуя в абсолютно эгоистичном и ориентированном на наслаждение поведении, озабоченном лишь сиюминутным вознаграждением инстинктивных потребностей безотносительно реальности или моральных соображений. Хотя ид может порождать умозрительные образы и фантазии, связанные с осуществлением желаний, оно не способно предпринять реалистические действия, необходимые для удовлетворения запросов инстинктов.

Впоследствии, по истечении первых нескольких месяцев жизни, развивается вторая, в понимании Фрейда, часть личности — эго. **Эго** служит посредником между запросами ид и реальностью внешнего мира. Например, в период приучения к горшку ребенок научается контролировать телесную функцию, чтобы удовлетворять родительско-социальным экспектациям, и именно развивающееся эго берет на себя роль посредника между физическими потребностями организма/ид и потребностью в нахождении подходящего времени и места. Основная задача эго — удовлетворять запросы ид, но так, чтобы одновременно гарантировать благополучие и выживание индивида. Эта роль требует использования разума и других ин-

теллектуальных ресурсов при взаимодействии с внешним миром, а также установление контроля над требованиями ид. Адаптивные меры, принимаемые эго, называются **мышлением вторичного процесса**, а само эго действует в соответствии с **принципом реальности**. Фрейд рассматривал запросы ид, особенно сексуальные и агрессивные устремления, как пребывающие в состоянии врожденного конфликта с налагаемыми обществом правилами и запретами.

Фрейд постулировал, что когда ребенок подрастает и постепенно усваивает правила, которые родители и общество диктуют ему в отношении того, что должно и что не должно быть, из эго постепенно вырастает третья часть личности — **суперэго**. Суперэго — результат интернализации табу и моральных ценностей общества. Определение *сознания* имеет принципиальную важность; оно связано с понятиями «должно» и «не должно быть». Когда развивается суперэго, оно становится системой внутреннего контроля, которая имеет дело с теми запросами ид, которые не подверглись сдерживанию. Суперэго действует через систему эго и стремится заставить его подавить желания, которые считаются неправильными или аморальными. Поскольку эго выступает посредником между свершением желаний ид, требованиями реальности и моральными ограничениями суперэго, его часто называют *исполнительной ветвью личности*.

Фрейд считал, что взаимодействие ид, эго и суперэго имеет решающее значение в предопределении поведения. Внутренние психические конфликты часто возникают из-за того, что три подсистемы стремятся к различным целям. Эти конфликты называются **интрапсихическими конфликтами** и, если остаются неразрешенными, ведут к психическим расстройствам.

Тревога, защитные механизмы и бессознательное

Понятие *тревоги* — генерализации ощущений страха и мрачных предчувствий — занимает в психоаналитической теории ведущее место, так как служит почти универсальным симптомом невротических расстройств. Действительно, Фрейд полагал, что тревога играет главную причинную роль в большинстве форм психопатологии, которые будут рассмотрены в этой книге. Иногда тревога переживается явно, а иногда вытесняется, после чего трансформируется и проявляется в других наблюдаемых симптомах. Фрейд различал три типа тревоги, или «психической боли», от которой могут страдать люди: 1) *реалистическую тревогу*, возникающую в силу действительных опасностей или угроз, исходящих из внешнего мира; 2) *невротическую тревогу*, вызванную импульсами ид, которые угрожают прорваться сквозь контроль эго и проявиться в поведении, приводящем к наказанию; 3) *моральную тревогу*, возникающую из-за реального или предполагаемого действия, которое находится в конфликте с суперэго индивида и возбуждает чувство вины.

Тревога представляет собой предупреждение о возможных реальных или воображаемых опасностях, а также болезненное переживание. Она вынуждает индивида предпринять корректирующие действия. Часто бывает, что эго в силах справиться с объективной тревогой рациональными средствами. Однако с невротической и моральной видами тревоги, поскольку они бессознательны, обычно не удается справиться разумными мерами. В этих случаях эго прибегает к иррациональным мерам защиты, которые называются **механизмами защиты эго** и представлены в табл. 3.1.

Таблица 3.1

Механизмы защиты эго

Механизм	Пример
Реализация в действии. Асоциальное или избыточное поведение без учета негативных последствий как способ преодоления эмоционального стресса	Несчастный, фрустрированный мужчина заводит несколько неразборчивых любовных интрижек, не заботясь о негативных последствиях своего поведения
Отрицание реальности. Защита Я от неприятной реальности путем отказа от ее восприятия или рассмотрения	Курильщик заключает, что данные, связывающие курение сигарет с плохим здоровьем, несостоятельны в научном смысле
Замещение. Перенаправление сдерживаемых чувств, зачастую враждебных, на объекты менее опасные, чем те, что возбуждают эти чувства	Женщина, возмущенная отношением своего начальника, вступает в пререкания с мужем
Фиксация. Необоснованное или преувеличенное привязывание себя к какому-то лицу или остановка эмоционального развития на детском или подростковом уровне	Неженатый мужчина средних лет продолжает зависеть от матери в плане удовлетворения своих основных потребностей
Проекция. Приписывание другим своих собственных неприемлемых мотивов или качеств	Настроенный на экспансию диктатор тоталитарного государства убежден, что соседние страны намереваются на него напасть
Рационализация. Использование изощренных «объяснений» с целью скрыть или замаскировать недостойные мотивы своего поведения	Фанатичный расист прибегает к двусмысленным цитатам из Писания, чтобы оправдать свои враждебные действия в отношении меньшинств
Реактивное образование. Предотвращение осознания экспрессии неприемлемых желаний через преувеличенное проявление внешне противоположного поведения	Мужчина, обеспокоенный своими гомосексуальными порывами, организует усердную кампанию по закрытию баров для геев
Регрессия. Отступление на более ранний уровень развития, подразумевающий менее зрелое поведение и меньшую ответственность	Мужчина, чье самоуважение было поколеблено, возвращается к ребяческому «хвастливому» поведению и демонстрирует свои гениталии маленьким девочкам
Вытеснение. Предохранение сознания от болезненных или опасных мыслей	Периодические импульсы, побуждающие мать убить своего 2-летнего гиперактивного ребенка, не допускаются к осознанию
Сублимация. Направленность фрустрированной сексуальной энергии в замещающую деятельность	Сексуально фрустрированный художник создает дикие эротические картины
Аннулирование. Заглаживание или попытка магическим образом развеять неприемлемые желания или действия	Тинейджер, испытывающий чувство вины из-за мастурбации, после каждого акта ритуально дотрагивается до дверной ручки положенное число раз

Источник: основывается на A. Freud (1946); American psychiatric association (1994), pp. 751–753.

Эти защитные механизмы разряжают или смягчают тревогу, помогая человеку изгнать болезненные идеи из сознания, но не способствуют решению проблемы (как бывает, например, когда мы «забываем» посетить дантиста, вместо того чтобы напрямую разобраться с проблемой). Эти механизмы приводят к искаженному взгляду на реальность, хотя некоторые из них более адаптивны, чем другие.

Психосексуальные стадии развития

Помимо концепции структуры личности, Фрейд также выделил пять **психосексуальных стадий развития**, через которые проходит человек, начиная с младенчества и заканчивая пубертатным периодом. Каждая стадия отличается господствующим путем извлечения относящегося к либидо (сексуального) наслаждения.

Оральная стадия: первые два года жизни главной эрогенной зоной является рот; главнейшим источником вознаграждения для младенца выступает сосание — процесс, необходимый для вскармливания.

Анальная стадия: в возрасте от 2 до 3 лет анус выступает главным источником приятной стимуляции в период, когда происходит обучение туалету и существует потребность как в ретенции, так и в элиминации.

Фаллическая стадия: в возрасте 3–5 лет манипулирование своими гениталиями становится главным источником приятных ощущений.

Латентная стадия: в возрасте 6–12 лет сексуальные мотивации теряют значимость, так как ребенок поглощен развитием навыков и другими занятиями.

Генитальная стадия: по завершении пубертатного периода глубочайшее наслаждение достигается в ходе сексуальных отношений.

Фрейд считал, что, для того чтобы человек не застрял или не *зафиксировался* на какой-то из стадий, на каждой из них должно извлекаться соответствующее удовлетворение. Он утверждал, например, что младенец, который не получает адекватного орального удовлетворения, во взрослой жизни может склониться к перееданию или пьянству.

Эдипов комплекс и комплекс Электры

Каждая стадия развития предъявляет требования к индивиду и возбуждает конфликты, которые, по мнению Фрейда, должны быть разрешены. Один из самых главных конфликтов происходит на фаллической стадии, когда удовольствие от самостимуляции и сопутствующих фантазий подготавливает почву для **эдипова комплекса**. Эдип, согласно греческой мифологии, по незнанию убил своего отца и женился на собственной матери. Фрейд полагал, что каждый маленький мальчик символически переживает драму Эдипа. Он испытывает страстное сексуальное влечение к своей матери и видит в отце ненавистного соперника; однако в то же время каждый маленький мальчик боится, что отец отомстит ему за вожделение отрезанием пениса. **Страх перед кастрацией** вынуждает мальчика вытеснять свое сексуальное влечение к матери и враждебность к отцу. Далее при благоприятном развитии событий мальчик идентифицируется с отцом и испытывает лишь безобидную любовь к матери.

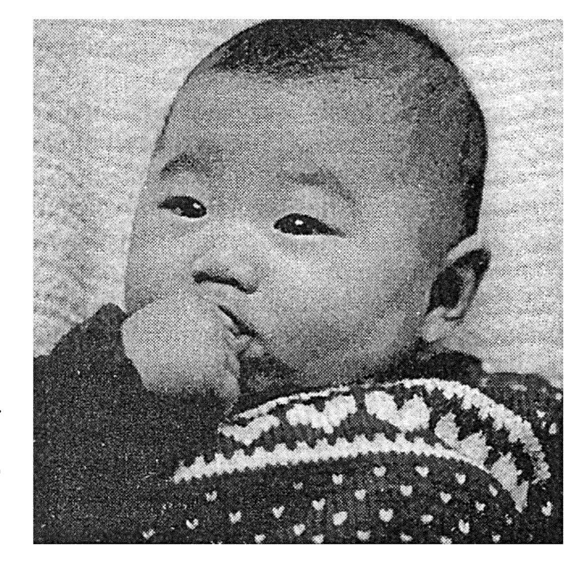
Комплекс Электры представляет собой женский аналог эдипова комплекса и также заимствован из греческой мифологии. В его основе лежит воззрение, соглас-

но которому каждая девочка желает обладать своим отцом и занять место матери. Фрейд также считал, что каждая девочка на этой стадии испытывает зависть к пенису, желая быть больше похожей на отца и братьев. Если мальчик не признает своего вожделения к матери из страха кастрации, то для девочки такой угрозы реально не существует. Ее выход из комплекса происходит мягче и оказывается не таким завершенным, как у мальчика. По сути, она довольствуется долговым обязательством: когда-нибудь у нее будет свой мужчина, который подарит ей ребенка, что бессознательно служит своего рода замещением пениса.

Для любого пола разрешение этого конфликта считается жизненно важным, так как предполагается, что в юности молодой человек вступит в удовлетворительные гетеросексуальные отношения. Психоаналитическое направление утверждает, что лучшее, на что мы можем рассчитывать, это компромисс между нашими противоборствующими наклонностями и более полное осознание удовлетворения инстинктов при минимальном наказании и чувстве вины. Это направление, следовательно, представляет детерминистский взгляд на человеческое поведение, который сводит к минимуму сознательность и свободу самоопределения. На коллективном уровне оно интерпретирует насилие, войны и тому подобные явления как неизбежные продукты агрессивных и деструктивных инстинктов, заложенных в человеческой природе.

Новейшие психодинамические направления

В стремлении понять своих пациентов и в процессе разработки теории Фрейд интересовался главным образом деятельностью ид, его природой как источника энергии и путем, в который можно канализировать или трансформировать энергию ид. Он также сосредоточивался на анализе суперэго, но уделял сравнительно мало внимания важности эго. Впоследствии теоретики развили основные идеи Фрейда в трех несколько различных направлениях. Основоположницей одного из них стала Анна Фрейд (1895–1982), его дочь, которую гораздо больше волновало то, как эго выполняет свою главную функцию в качестве «исполнительной власти» личности. Она и ряд влиятельных психодинамических теоретиков второго поколения обновили и разработали все, что касалось механизмов защиты эго, выдвинув его на первый план, отводя ему важную организующую роль в развитии личности. Эта школа стала



Запросы ид очевидны в раннем детстве. Согласно Фрейду, младенцы проходят через оральную стадию, на которой сосание является основным удовольствием.

известна как *эго-психология*. Второе направление основали теоретики, которые фокусировались на очень ранних аспектах взаимоотношений матери и младенца. И наконец, последнее направление представляли видные психодинамические теоретики второго поколения, сосредоточившиеся на социальных детерминантах поведения и важности межличностных отношений. Из всех трех новых направлений исчез первоначальный акцент традиционной (фрейдовской) психоаналитической теории на приоритете энергий либидо и интрапсихических конфликтов. Термин «психодинамическая» относится к любой теории второго поколения, в каких-то важных отношениях выросших, а в каких-то отступивших от первоначальной психоаналитической теории Фрейда.

Теория объектных отношений. Подход на основе объектных отношений уходит корнями в так называемую Будапештскую школу психоанализа, где выдающейся фигурой был Шандор Ференци — коллега и друг Фрейда. Представители этой школы исследовали важность для развития личности и психопатологии доэдиповой фазы. Фрейд полагал, что события, происходящие на стадии эдипова комплекса, играют ключевую роль в развитии невротических симптомов, однако Ференци считал еще более важными предшествующие ей отношения. Этот подход фокусируется не на природе ид и не на эго, но на объектах, которым младенец и маленький ребенок адресуют свои импульсы и которые маленький ребенок в свое время интроекцировал (инкорпорировал) в свою собственную личность. *Объектом* в этом контексте называется символическая репрезентация другого человека из окружения младенца или маленького ребенка, чаще всего кого-то из родителей. Понятие **интроекции** связано с внутренним процессом, в ходе которого младенец или ребенок символически, через образы и воспоминания, инкорпорирует значимых в своей жизни людей. Например, ребенок может интернализировать сердитое лицо одного из родителей. Позднее этот символ или репрезентация внешнего объекта (также известная как *внутренний объект*) может повлиять на то, как человек ведет себя и воспринимает события.

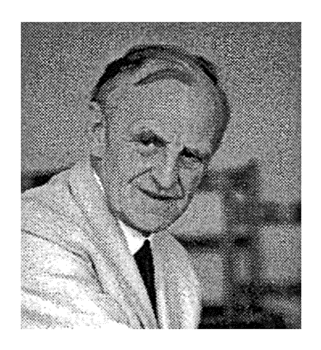
Некоторые из ранних результатов рассмотрения объектных отношений в психодинамическом направлении обозначились в исследовании, проведенном в 1930-х годах в Англии под руководством Мелани Кляйн (ученицы Ференци), У. Р. Д. Фэйрбэйрна и Д. У. Уинникотта. Хотя у теории объектных отношений есть много вариаций, предметом их общего внимания выступают «интеракции индивидов с внешними и внутренними (реальными и воображенными) людьми и отношения между их внутренними и внешними объектными мирами» (Greenberg & Mitchell, 1983, pp. 13–14). Эти теоретики разработали общее понятие о том, что интернализированные объекты могут обладать разнообразными конфликтующими свойствами, например волнующими или привлекательными в противоположность враждебным, фрустрирующим или отвергающим, более того, что эти объекты могут отщепляться от основного эго и поддерживать независимое существование, тем самым порождая внутренние конфликты. Например, ребенок может интернализировать образы наказывающего его отца; этот образ становится резкой самокритикой. Индивид, переживающий такое расщепление среди интернализированных объектов, является, так сказать, «слугой многих господ» и потому не может вести интегрированную, упорядоченную жизнь.



Анна Фрейд (1895–1982) разработала теорию о механизмах защиты эго и стала пионером в психоаналитическом лечении детей.



Маргарет Малер (1897–1985) разработала подход на основе объектных отношений, который многие считают основой современного психоанализа.



Д. У. Уинникотт (1896–1971), британский теоретик объектных отношений, подчеркивал, что психика младенца развивается через отношения, особенно с матерью, помогающей создать хорошую «поддерживающую обстановку» в период, когда у него начинает развиваться некоторая независимость.

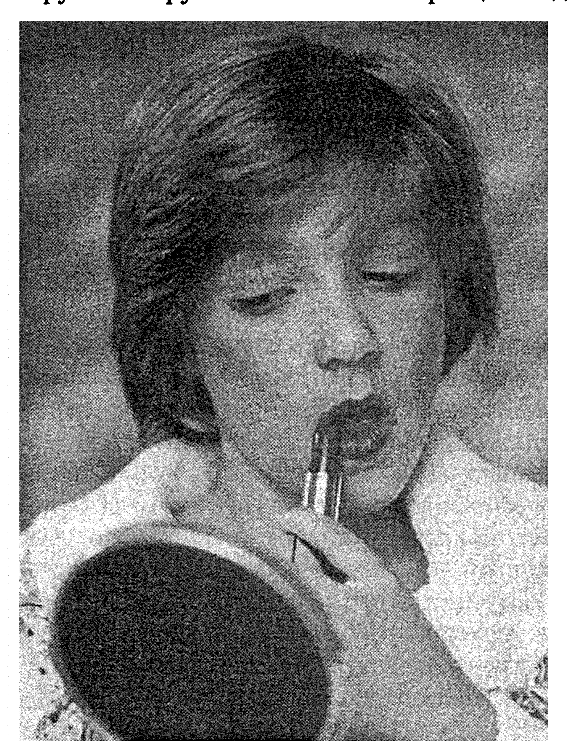
Своей деятельностью в Соединенных Штатах Маргарет Малер (1897–1985), которая тоже принадлежала к сторонникам Ференци, дополнила и обогатила этот подход новыми открытиями (см., например, Mahler, 1976). Малер указывала, что очень маленький ребенок не делает различий между собой и объектом. Лишь со временем ребенок приобретает внутреннюю репрезентацию себя как отличную от репрезентации других объектов. Постепенно достигается и устойчивость объекта (при которой, к примеру, вчерашний образ матери видится тем же объектом, что и ее образ сегодня). Этот процесс подразумевает эволюционную фазу сепарации-индивидуализации, которая начинается в возрасте 4–5 месяцев и не заканчивается вплоть до наступления 3-летнего возраста, а иногда и позднее (Greenberg & Mitchell, 1983). Таким образом, первые три года жизни подразумевают рождение индивида из симбиотических отношений с матерью к отдельному индивидууму. Успешное завершение сепарации-индивидуализации жизненно важно для достижения личностной зрелости.

В последние годы многие американские аналитики поддерживают теорию объектных отношений. Среди них числится Отто Кернберг, внесший вклад в изучение проблемы пограничных и нарциссических личностей (см. главу 9). По мнению Кернберга, пограничной личностью, главной особенностью которой выступает нестабильность (особенно в личных отношениях), является индивид, который не в силах достигнуть полной и устойчивой личностной идентичности (Я) из-за неспособности интегрировать и примирять патологические интернализированные объекты. Эти новейшие разработки в психодинамической теории акцентируют межличностные отношения и подчеркивают воздействие качества ранних отношений, возникающих до периода эдипова комплекса, на последующую способность человека достигать удовлетворительных взрослых интеракций.

Интерперсональное направление. Мы — социальные существа, и многое из того, что мы имеем, представляет собой продукт наших отношений с другими людьми. Логично ожидать, что психопатология в значительной мере отражает тот факт, что она коренится в неудачных тенденциях, которые мы выработали, решая проблемы нашего межличностного окружения. Анормальное поведение активно воздействует на наши отношения с другими людьми. Поэтому неудивительно, что многие теоретики делают вывод о том, что анормальное поведение лучше всего познается путем анализа наших отношений, прошлых и настоящих, с другими людьми. Это находится в центре внимания **интерперсонального направления**.

Интерперсональное направление уходит корнями в психодинамическое движение. Отход Альфреда Адлера (1870–1937) в 1911 году от позиций своего учителя, Фрейда, состоялся в силу акцента Адлера не на внутренних, а на социальных детерминантах поведения. Адлер не соглашался с той главенствующей ролью, которую Фрейд отводил инстинктам как основным движущим силам личности. По мнению Адлера, люди — изначально социальные существа, которые мотивированы в первую очередь желанием принадлежать к группе и участвовать в ее деятельности.

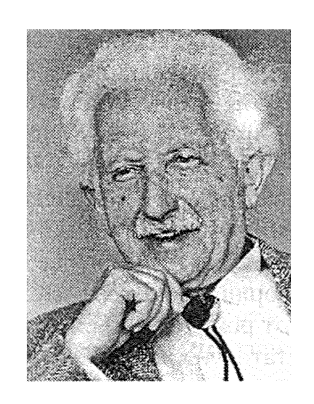
Со временем некоторые другие психодинамические теоретики тоже выступили против психоаналитической теории из-за ее пренебрежительного отношения к важнейшим социальным факторам. Среди самых известных из этих теоретиков были Эрих Фромм (1900–1980) и Карен Хорни (1885–1952). Фромм фокусировался на установках, или диспозициях (эксплуататорских, к примеру), которые люди берут на вооружение в своих интеракциях с другими. Он считал, что эти ориентации в социальной среде лежат в основе многих психопатологических состояний. Хорни независимо пришла к тем же взглядам и, в частности, яростно отвергала уничижительный взгляд Фрейда на женщин (например, что женщины испытывают зависть к пенису). Согласно Хорни, «фемининность» является продуктом культурно детерминированного социального научения, которое переживает большинство женщин.



Согласно теоретикам объектных отношений, дети инкорпорируют, или *интроецируют*, символический аспект значимых в своей жизни людей (например, родителей) и далее сохраняют эту репрезентацию как часть собственной развивающейся личности.



Эрих Фромм (1900–1980) исследовал установки, которых люди придерживаются в своих взаимоотношениях с другими. Он считал, что эти базисные установки по отношению к окружающей среде лежат в основе многих психопатологических состояний.



Эрик Эриксон (1902–1994) разработал и расширил учение Фрейда о психосексуальных стадиях, преобразовал их в социально ориентированные концепции. Эриксон описал конфликты, происходящие на восьми стадиях, каждая из которых может быть разрешена здоровым или нездоровым образом.



Карен Хорни (1885–1952) получила образование в области психоанализа Фрейда, но отвергала уничижительный взгляд его психоаналитической теории на женщин. Она считала, «фемининность» продуктом культурно детерминированного социального научения, которое переживает большинство женщин.

Эрик Эриксон (1902–1994) также развивал интерперсональные аспекты психоаналитической теории. Он развил и расширил психосексуальные стадии Фрейда, преобразовал их в социально ориентированные концепции, описывающие кризисы или конфликты, происходящие на восьми стадиях, каждая из которых может быть разрешена здоровым или нездоровым образом. По мнению Эриксона, например, в период, который Фрейд именовал оральной стадией, когда ребенок поглощен оральным удовлетворением, подлинное его развитие центрировано на научении либо «базальному доверию» к своему социальному миру, либо «базальному недоверию». Хотя эти кризисы никогда не разрешаются до конца, неспособность развиваться в направлении надлежащего полюса каждого кризиса инвалидизирует индивида на последующих стадиях. Доверие, например, необходимо для последующей компетентности во многих жизненных сферах. Ясное ощущение идентичности необходимо для удовлетворения интимности в отношениях с другим человеком; такая интимность, в свою очередь, важна, чтобы стать заботливым родителем.

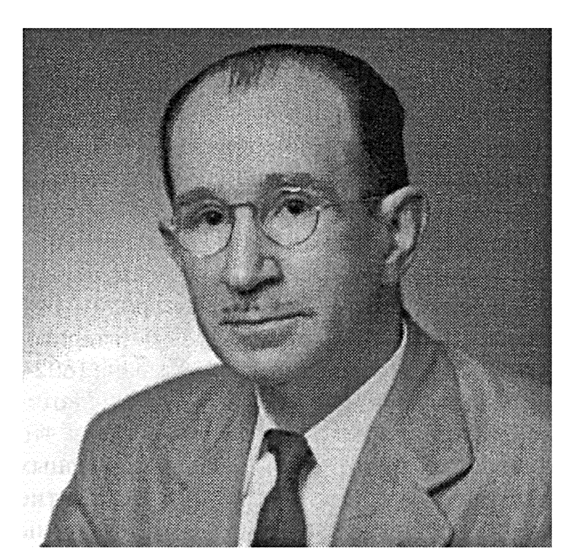
Интерперсональная теория Салливана. Другим хорошо известным интерперсональным теоретиком был американский психиатр Гарри Стэк Салливан (1892–1949). Салливан предложил единую и последовательную теорию личности, которая была откровенно интерперсональной. Салливан (Sullivan, 1953) настаивал, что понятие личности имеет смысл, когда оно определено с точки зрения характерных для человека взаимоотношений с другими людьми. Он утверждал, что развитие личности проходит через разнообразные стадии, предполагая различные паттерны

межличностных отношений. На ранних этапах жизни, к примеру, ребенок социализируется главным образом через интеракции с родителями, а несколько позже большее значение начинают приобретать взаимоотношения со сверстниками.

В юности устанавливаются интимные отношения, кульминацией которых обычно бывает вступление в брак. Неспособность удовлетворительно пройти через все эти стадии подготавливает почву для дезадаптивного поведения.

Салливан интересовался теми аспектами межличностных отношений в раннем детском периоде, которые возбуждают тревогу (в отличие от Фрейда, который выделял тревогу как сигнал, говорящий о бессознательном конфликте). Поскольку младенец полностью зависим от родителей и сиблингов в удовлетворении своих потребностей, постольку недостаток любви и заботы ведет к ощущению отсутствия безопасности и изнуряющему чувству тревоги. Салливан определил безопасность как свободу от тревоги. Он также считал, что в основе многих психопатологических состояний лежит тревога по поводу тревоги. Его акцент на тревоге в психопатологии был даже еще большим, чем у Фрейда (Greenberg & Mitchell, 1983). Салливан также подчеркивал роль ранних детских отношений в формировании Я-концепции. Если, например, маленькая девочка чувствует отвержение со стороны других, то она может видеть себя в том же свете и развить в себе негативный образ собственного «Я», который почти неизбежно ведет к плохому приспособлению.

Интерперсональная аккомодация и привязанность. Еще одним вкладом в интерперсональное направление явилось изучение **интерперсональной аккомодации**, представляющей собой процесс, посредством которого два человека разрабатывают паттерны коммуникации и интеракции, позволяющие им достичь общих целей, удовлетворить обоюдные потребности и выстроить позитивные взаимоотношения. Для интерпретации сказанного люди пользуются многими сигналами, как вербальными, так и невербальными. Когда коммуникация и интерперсональная аккомодация оказываются неудачными и отношения не удовлетворяют нужд одного или обоих партнеров, они (отношения) наверняка ознаменуются конфликтом, разногласиями и приведут к распаду. Принципы интерперсональной поведенческой аккомодации были обстоятельно проанализированы Бенджамином (Benjamin, 1982, 1993), Карсоном (Carson, 1979) и Уиггинсом (Wiggins, 1982).



Интерперсональная модель основывается главным образом на трудах Гарри Стэка Салливана (1892–1949), который считал, что личность имеет смысл рассматривать лишь в свете интеракций с другими людьми.

Наконец, *теория привязанности* Боулби, которую во многих отношениях можно рассматривать как уходящую корнями в интерперсональное направление и теорию объектных отношений, приобрела колоссальное влияние в детской психологии и детской психиатрии, так же как и во взрослой психопатологии. В теории Боулби (Bowlby, 1969, 1973, 1980), основанной на учении Фрейда и других исследователей, подчеркивается важность ранних переживаний, особенно связаных с отношениями привязанности, и эти переживания считаются их фундаментом для последующего функционирования в детстве, отрочестве и зрелом возрасте. Автор подчеркивал значение, которое имеет для развития надежной привязанности качество родительского ухода, но также считал, что младенцы играют более активную роль в формировании пути собственного развития, чем полагали большинство теоретиков в прошлом (Carlson & Sroufe, 1995).

Влияние психодинамических направлений

В исторической перспективе психоанализ Фрейда можно считать первым систематическим подходом, призванным показать, как психологические процессы человека могут приводить к психическим расстройствам. Во многом так же, как биологическое направление пришло на смену суеверию, рассматривая органическую патологию как причину психических расстройств, психоаналитическое направление указало не на мозговую патологию, а на интрапсихические конфликты и механизмы защиты эго в качестве предполагаемой причины хотя бы некоторых психических расстройств.

Фрейд значительно расширил наше познание как нормального, так и анормального поведения. Многие из его оригинальных концепций стали фундаментальными теориями о человеческой природе и поведении. Две заслуги Фрейда следует отметить особо.

1. Он разработал такие терапевтические техники, как свободные ассоциации и анализ сновидений для ознакомления с сознательными и бессознательными аспектами психической деятельности. Результаты, полученные подобным образом, позволили Фрейду подчеркнуть: а) степень, в которой бессознательные мотивы и защитные механизмы воздействуют на поведение, б) важность ранних детских переживаний в последующем удовлетворительном и неудовлетворительном приспособлении личности и в) важность сексуальных факторов для человеческого поведения и психических расстройств. Хотя, как мы говорили, Фрейд употреблял термин «сексуальный» в гораздо более широком смысле, чем общепринятый, идея вызвала интерес у многих исследователей, и роль сексуальных факторов в поведении человека была, наконец, вынесена на широкое обсуждение как подходящая тема для научного исследования.
2. Он продемонстрировал, что определенные анормальные психические явления возникают при попытке справиться с трудными проблемами и являются просто преувеличенными версиями нормальных механизмов защиты эго. Осознание того, что одни и те же психологические принципы применимы как к нормальному, так и к анормальному поведению, во многом развеяло завесу таинственности и страха, окружавшую психические расстройства.

Однако психоаналитическое направление подверглось атакам со многих сторон, как со стороны исследователей, придерживавшихся других точек зрения, так и теоретиков, поддерживающих психодинамические традиции. Два важных критических взгляда на традиционную психоаналитическую теорию рассматривают ее неспособность как научной теории объяснить анормальное поведение. Во-первых, многие считают, что ей не удается в достаточной мере признать научную ограниченность личных отчетов о переживаниях как основных источников информации, хотя ее защитники утверждают, что те, несмотря ни на что, приносят пользу. Во-вторых, нет достаточных научных данных, которые подтвердили бы ее толкование основных положений или эффективность традиционного психоанализа. Кроме того, теорию Фрейда особо критиковали за переоценку сексуального инстинкта, за уничижительный взгляд на женщин, за пессимизм в отношении человеческой природы, за преувеличение роли бессознательных процессов и за неспособность учитывать мотивы к личностному росту и самореализации.

Воздействие новейших психодинамических направлений. Второе поколение теоретиков данного направления много сделало для преодоления этих недостатков. В психотерапии есть немало исследователей, которые начали документально подтверждать продуктивность разнообразных психодинамических терапевтических техник, равно как и эффективность психодинамической психотерапии при определенных проблемах (например, Crits-Christoph, 1992; Henry, Strupp, Schacht & Gaston, 1994). Кроме того, эти психодинамически ориентированные исследователи начали добиваться значительного прогресса в разработке обоснованно надежных способов измерения таких ключевых понятий из психодинамической теории, как стержневые (хотя и бессознательные) конфликтные отношения человека (например, Henry et al., 1994; Horowitz et al., 1991; Luborsky & Crits-Cristoph, 1990). Прогресс достигнут и в познании того, как происходит процесс психодинамической терапии (например, Henry et al., 1994; Weiss & Sampson, 1986). Сверх того, теория привязанности Боулби начала порождать огромное количество исследовательских работ, подкрепляющих многие из ее основных доктрин о нормальном и анормальном развитии детей и психопатологии взрослых (например, Carlson & Sroufe, 1995).

Интерперсональное направление, указав на первопричины многих форм дезадаптивного поведения в прошлых или настоящих неудовлетворительных отношениях, многое сделало и для установления своей научной валидности. В сфере диагностики многие специалисты, поддерживающие интерперсональное направление, считают, что надежность и валидность психологических диагнозов можно улучшить, если разработать новую систему, основанную на межличностном функционировании, и в разработке такой системы достигли определенного прогресса (например, Benjamin, 1982, 1993). Интерперсональная терапия рассматривает улучшение отношений, порождающих проблемы, и помощь людям в построении более удовлетворительных отношений. Подобная терапия затрагивает вербальную и невербальную коммуникацию, социальные роли, процессы аккомодации, каузальные атрибуции (включая те, что предположительно мотивируют поведение других) и общий межличностный контекст поведения. Сама по себе терапевтическая ситуация может быть использована как средство для научения новым навыкам межличностного общения. Были проведены исследования с целью установления, какие аспекты терапевтического процесса наиболее важны для успешных резуль-

татов (например, Koss & Shiang, 1994). Сверх того, в последние годы было получено документальное подтверждение эффективности интерперсональной психотерапии при лечении таких расстройств, как депрессия и булимия (расстройство питания), которое обсуждается в главе 8 (Fairburn et al., 1993; Klerman et al., 1994).

В последние годы, несмотря на то что интерперсональному подходу по-прежнему недостает в должной мере адекватного научного обоснования, он вызвал значительный интерес в исследовательской среде. Интерперсональное направление сосредоточивает основное внимание на ключевой роли, которую близкие отношения человека играют в определении эффективного или дезадаптивного характера его поведения.

Поведенческое направление

Поведенческое направление возникло в начале XX века, отчасти как реакция на ненаучные методы психоанализа. Поведенческие психологи считали, что изучение субъективных переживаний посредством техник свободных ассоциаций и анализа сновидений не обеспечивает необходимых научных данных, так как подобные наблюдения не могут быть верифицированы другими исследователями. По их мнению, основой познания человеческого поведения, нормального или анормального, может служить лишь изучение непосредственно наблюдаемого поведения, а также контролирующих его стимулов и подкрепляющих условий.

Поведенческое направление сосредоточено вокруг центральной темы: роли научения в поведении человека. Акцент на научении хорошо соотносится с контекстом современного индустриального века в стране с демократическими идеалами, провозглашающей, что «все люди созданы равными». Хотя изначально данное направление было разработано не в клинике при работе с душевнобольными, а в ходе лабораторных исследований, его причастность к объяснению и лечению дезадаптивного поведения вскоре стала очевидной. Как обсуждалось в главе 2, поведенческое направление уходит корнями в изучение классического обусловливания, предпринятого Иваном Павловым, и изучение инструментального обусловливания, осуществленного Эдвардом Торндайком (впоследствии переименованного Б. Ф. Скиннером в оперантное обусловливание). В Соединенных Штатах Джон Уотсон во многом способствовал развитию поведенческого подхода к психологии своей книгой «Бихевиоризм» (1924).

Как мы отметили, *научение* — модификация поведения как следствие опыта является центральной темой поведенческого подхода. В связи с тем что человеческое поведение большей частью — это результат обучения, бихевиористов заинтересовал вопрос: как именно происходит научение? Они изучали воздействие, которое условия окружающей среды (стимулы) оказывают на приобретение, модификацию и возможное устранение разнообразных типов реактивных паттернов, как адаптивных, так и дезадаптивных.

Классическое обусловливание

Специфический стимул может породить специфическую реакцию через процесс **классического обусловливания**. Например, пища естественным образом вызывает слюноотделение, но его может вызвать и стимул, который неизменно предшествует появлению пищи. В этом случае пища является *безусловным стимулом* (БС),

а слюноотделение — *безусловной реакцией* (БР). Стимул, который предшествует выдаче пищи и в итоге вызывает слюноотделение, называется *условным стимулом* (УС). Павлов, например, давал звук (стимул, которому вскоре предстояло сделаться условным) перед тем как дать пищу (безусловный стимул) собакам (Павлов, 1927). После определенного числа сочетаний звука и пищи у собак выделялась слюна (условная реакция) на один только звук (условный стимул). Собаки научались тому, что звук является надежным предвестником кормления, и реагировали на него аналогичным образом.

Отличительным признаком классического обусловливания является то, что ранее нейтральный стимул — УС приобретает способность вызывать биологически адаптивные реакции через повторные сочетания с БС. Однако сейчас нам известно и то, что этот процесс классического обусловливания не настолько автоматичен, как некогда считалось. Скорее представляется, что животные (и люди) активно приобретают информацию о том, какого рода УС позволяют им предсказывать, ожидать или готовиться к биологически значимому событию (БС). Действительно, только те УС, которые обеспечивают надежную и достаточную информацию о возникновении БС, приобретают способность вызывать УР (Yall, 1994; Rescorla, 1988). Если, например, БС, не предваренные УС, возникают столь же часто, что и в сочетании с УС, то обусловливания не произойдет, потому что УС в данном случае не обеспечивает надежной информации относительно возникновения БС. Этот процесс проиллюстрирован рис. 3.4.

Классически обусловленные реакции хорошо сохраняются во времени, т. е. они долго не забываются. Однако если УС неоднократно подается без БС, условная реакция постепенно пропадает. Этот процесс, именуемый **угашением**, не следует путать с понятием ненаучаемости, так как мы знаем, что в какой-то момент реакция может вернуться (феномен, который Павлов назвал **спонтанным восстановлением**). Кроме того, более слабая УР все еще может вызываться в средовых кон-

Классическое обусловливание

До обусловливания:
Условный стимул (нейтральный) (УС) .... Ориентировочная реакция на свет
(Свет)
Безусловный стимул (БС) .... Безусловная реакция (БР)
(Болезненный стимул) (Боль и страх)

Во время обусловливания:
Условный стимул (свет) (УС)
+ .... Условная реакция (страх) (УР)
Безусловный стимул (БС)
(Болезненный стимул)

После обусловливания:
Условный стимул (один) (УС) .... Условная реакция (страх) (УР)

Рис. 3.4. Классическое обусловливание

До обусловливания УС не может вызвать страх, но после повторного сопровождения его болезненным БС, вызывающим боль и страх, УС постепенно приобретает способность вызывать страх – УР. Если одновременно проводятся дополнительные эксперименты, в которых даются БС, не предваренные УС, то обусловливания не происходит, потому что в этом случае УС не обладает удовлетворительной прогностической силой в отношении возникновения БС.

текстах, отличных от тех, в которых имело место угашение (Bouton, 1994; Bouton & Nelson, 1997). Таким образом, любое угашение страха, имевшее место в приемной терапевта, не обязательно всецело и автоматически распространяется на другие ситуации за пределами этой приемной. Как мы увидим, из этих принципов угашения и спонтанного восстановления следуют важные выводы для многих форм лечения поведения.

Главное значение классического обусловливания в анормальной психологии состоит в том, что многие физиологические и эмоциональные реакции могут быть обусловлены, включая те, что связаны со страхом, тревогой, сексуальным возбуждением, а также те, что вызваны злоупотреблением химическими веществами. Так, например, может возникнуть страх темноты, если стимулы, вызывающие этот страх (такие, как пугающие сны или фантазии), регулярно возникают в условиях темноты, или можно приобрести страх перед змеями после змеиного укуса.

Инструментальное обусловливание

При **инструментальном** (или **оперантном**) **обусловливании** индивид научается достижению желаемой цели. Эта цель может сводиться к тому, чтобы получить некое вознаграждение или избежать чего-то неприятного. Важнейшим здесь является понятие **подкрепления**, которое относится к обеспечению награды либо приятного стимула или к бегству от негативного стимула. Новые реакции усваиваются и тяготеют к повторению, если оказываются подкрепленными. Хотя первоначально считалось, что инструментальное обусловливание, как и обусловливание классическое, состоит в простом укреплении связи между стимулом и реакцией, сейчас полагают, что человек научается *ожиданию результата от реакции* (Mackintosh, 1983). Если он в достаточной мере мотивирован к этому результату (например, в случае голода), то осуществит реакцию, которая, как он ранее усвоил, приводит к результату (допустим, откроет холодильник).

Первоначально для установления инструментальной реакции может потребоваться частое подкрепление, однако для ее поддержания обычно достаточно подкрепления меньшей частоты. Таким образом, инструментальная реакция оказывается особенно устойчивой, когда подкрепление имеет прерывистый характер. Здесь имеет место ситуация, в которой реакция не всегда сопровождается подкрепляющим стимулом, как это видно из практики азартных игр, в ходе которых кажется, что случайные выигрыши поддерживают высокую частоту реакций. Однако когда проходит время, а подкрепление неизменно отсутствует, условная реакция — классическая ли, инструментальная, постепенно исчезает. Короче говоря, субъект в итоге прекращает осуществлять реакцию.

Особая проблема возникает при ликвидации реакции в ситуациях, когда субъект был обусловлен к предвидению неприятного события и инструментальной реакции, позволяющей его избежать. Например, у мальчика, который ранее едва не утонул в бассейне, может развиться водобоязнь и *условная реакция избегания*, при которой он упорно избегает любых крупных резервуаров с водой. При виде пруда, озера или бассейна он ощущает тревогу; бегство и избегание контакта уменьшают ее и потому становятся подкрепляющими действиями. В результате его реакция избежания высоко резистентна к угашению. Она также предохраняет его от опыта

пребывания в воде, который мог бы привести к угашению его страха. При дальнейшем обсуждении мы увидим, что условные реакции избегания играют свою роль во многих паттернах анормального поведения.

Когда мы растем, инструментальное научение становится важным механизмом различения между тем, что окажется вознагражденным, и тем, что останется не награжденным, и, следовательно, механизмом приобретения паттернов поведения, жизненно важных для копинга в окружающем мире. К сожалению, нет никаких гарантий того, что выученное всегда будет полезным. Мы можем научиться ценить вещи, которые на короткое время видятся привлекательными, например сигареты или алкоголь, но которые могут повредить нам в отдаленной перспективе. Мы можем также выучить такие паттерны копинга, как беспомощность, задиристость или другие формы безответственного поведения, которые в долговременном отношении оказываются скорее дезадаптивными, нежели адаптивными.

Генерализация и различение

Как при классическом, так и при инструментальном обусловливании в ситуации, когда реакция обусловлена одним или несколькими стимулами, она может быть вызвана другими похожими стимулами; этот процесс называется генерализацией. Человек, который, например, боится пчел, может распространить этот страх на всех летающих насекомых.

Процессом, комплементарным генерализации, является **различение**, которое происходит, когда человек научается находить различия между похожими стимулами и реагировать на них по-разному. Умение различать может быть развито через дифференциальное подкрепление. Например, по той причине, что красная земляника приятна на вкус, а зеленая — нет, условное различение произойдет в случае, если человек попробует ту и другую. Согласно поведенческому направлению, такие сложные процессы, как восприятие, формирование понятий и решение проблем, основаны на этом базисном процессе научения различению.

Из понятий генерализации и различения вытекают многочисленные последствия для развития дезадаптивного поведения. Хотя генерализация позволяет нам использовать прошлые переживания для оценки новых ситуаций, всегда существует возможность неподобающей генерализации, как в случае, когда беспокойный подросток не в силах определить различие между дружеским и враждебным подтруниванием товарищей. В некоторых случаях жизненно важное различение видится лежащим за пределами возможностей индивида, как в ситуации, когда фанатичный человек обращается с другими стереотипно, а не как с индивидуумами. Это может вести к неблагоприятному и дезадаптивному поведению.

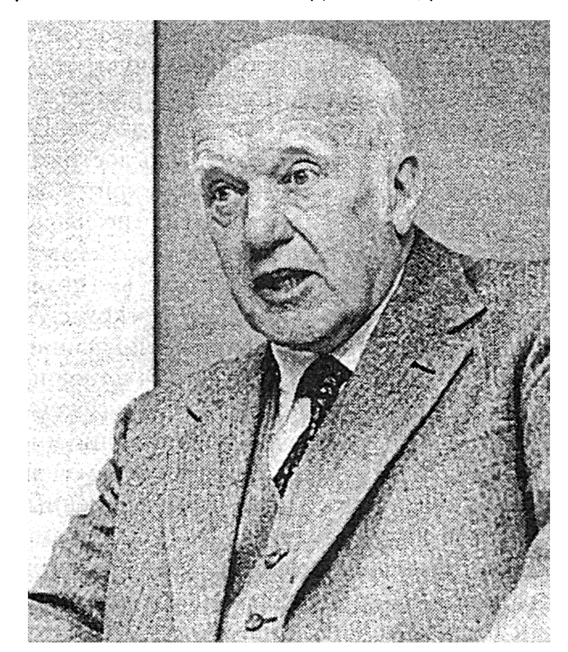
Научение через наблюдение

Человекообразные и прочие приматы, подобно человеку, способны к научению через одно лишь наблюдение, то есть без непосредственного переживания безусловного стимула (для классического обусловливания) или подкрепления (для оперантного обусловливания). Например, как мы увидим в главе 5, дети могут приобрести страхи после наблюдения за тем, как родители или сверстники выражают чувства опасения, соприкасаясь с каким-нибудь объектом или ситуацией, ко-

торых ребенок до того не боялся. В этом случае страх родителя или сверстника переживается заместительным образом и связывается с ранее нейтральным объектом (Mineka & Cook, 1993). В 1960-х годах Бандура выполнил классическую серию экспериментов с целью оперантного научения через наблюдение, показывавших, как дети научались посредством наблюдения разнообразным, новым для себя агрессивным реакциям на большую куклу Бобо после того, как наблюдали модели, в которых проводилось подкрепление подобного поведения (ср. Bandura, 1969). Хотя самих детей ни разу не подкрепляли в процессе демонстрации агрессивных реакций, они тем не менее выказывали их при самостоятельном общении с куклой Бобо. Возможности для обусловливания через наблюдение за классическими и оперантными реакциями чрезвычайно расширяют наши шансы научиться как адаптивному, так и дезадаптивному поведению.

Влияние поведенческого направления

К 1950-м годам, когда принципы обусловливания были уже достаточно разработаны, Джон Доллард и Нейл Миллер опубликовали свой классический труд «Личность и психотерапия», в котором психоаналитическая теория пересматривалась с учетом использования терминологии принципов научения. Они провозгласили, что неуправляемые импульсы ид Фрейда, направленные на поиски удовольствия, являются элементом подкрепления (учитывая, что поведение организмов в целом определяется желанием доведения удовольствия до максимума, что происходит при получении подкрепления, и минимизации боли, что происходит при бегстве от отрицательного стимула). Тревога представляет собой условную реакцию страха, а вытеснение — условную остановку мышления, подкрепленную снижением тревоги, и так далее. Таким образом, была заложена основа для поведенческого наступления на господствовавшие в то время психодинамические доктрины. Первые попытки применить принципы научения в лечении анормального поведения, такие как действия, предпринятые Солтером (Salter, 1949) и Вольпе (Wolpe, 1958), были встречены активными последователями психоанализа в штыки, и только в 1960–1970-х годах поведенческая терапия закре-



Нейл Миллер (р. 1909) совместно с Джоном Доллардом в своем классическом труде *«Личность и психотерапия»* перевели психоаналитическую теорию на язык принципов научения.

пила свои позиции как могущественный способ рассмотрения и лечения анормального поведения.

При помощи сравнительно немногих базисных концепций бихевиористы пытаются объяснить приобретение, модификацию и угашение почти всех типов поведения. Дезадаптивное поведение рассматривается как результат: 1) неспособности научиться необходимым адаптивным паттернам поведения или знаниям, например установлению удовлетворительных личных отношений; или 2) результат научения неэффективным или дезадаптивным реакциям. Дезадаптивное поведение, следовательно, служит результатом неправильного научения и определяется с точки зрения специфических, наблюдаемых, нежелательных реакций.

С точки зрения бихевиориста терапия должна быть направлена на изменение специфических паттернов поведения и эмоциональных реакций. Точнее, ее задача состоит в устранении нежелательных реакций (например, фобических страхов или частых вспышек раздражения) и научении желательным реакциям умственно отсталых или хронических психически больных индивидов (можно, например, улучшать их социальные навыки или научить самостоятельному одеванию и приему пищи). Было разработано много разных поведенческих техник, основанных на систематическом применении принципов научения. Так, страхи и фобии можно успешно лечить пролонгированной экспозицией отпугивающих объектов или ситуаций — разновидность процедуры угашения, производной от принципов угашения классически обусловленных реакций. При помощи принципов оперантного обусловливания хронических психически больных людей можно вновь научить таким основным навыкам проживания, как самостоятельные прием пищи и одевание, используя жетоны, которые зарабатываются соответствующим поведением и при желании обмениваются на привлекательные награды (леденцы, сигареты, прогулки). В последующих главах будет приведено много примеров таких техник.

Поведенческий подход был оценен за точность и объективность, за широту исследований и продемонстрированную эффективность в изменении специфических паттернов поведения. Поведенческий терапевт уточняет, какое поведение необходимо изменить и как это нужно сделать. Позднее эффективность терапии можно объективно оценить через уровень достижения поставленных целей. С другой стороны, поведенческое направление критиковали за внимание исключительно к симптомам заболевания. Однако многие современные поведенческие терапевты считают эту критику несправедливой, так как успешное лечение, сфокусированное на симптомах, нередко приводит к весьма позитивным воздействиям на другие аспекты жизни человека (например, Borkovec, Abel & Newman, 1995; Telch et al., 1995). Его также критиковали за игнорирование других проблем, которые могут быть важными для тех, кто нуждается в помощи, например стремления к самоуправлению или поиска смысла жизни. Другие специалисты утверждали, что оно чересчур упрощает человеческое поведение и не может объяснить все его тонкости. Однако это последнее критическое замечание, по крайней мере отчасти, вытекает из недопонимания сложности современных разработок в рамках поведенческих подходов, таких, как те, что мы будем рассматривать в главе 5 (например, Mineka & Zinbarg 1996). Какими бы ни были его ограничения, поведенческое направление оказало и продолжает оказывать огромное влияние на современные представления о человеческой природе, поведении и психопатологии.

Когнитивно-поведенческое направление

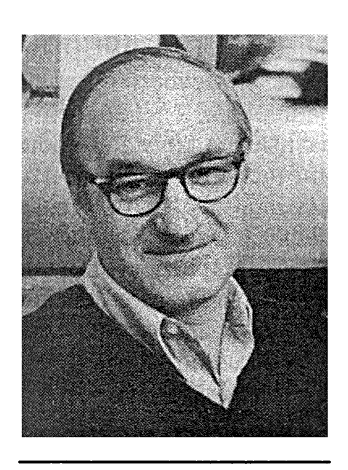
Поведенческое направление стало реакцией на субъективизм, которым отличалась ранняя эра в психологии, и в своей радикальной форме стремилось изгнать приватные психические события из психологического исследования, так как последние нельзя наблюдать и они, следовательно, представляются неподходящими для научного изучения. Некоторые поборники радикального бихевиоризма отказывались даже использовать такие термины, как разум и мышление. По иронии судьбы, за свои недостатки он тоже был оспорен своими же приверженцами, равно как и теми психологами и психиатрами, которые изначально прошли подготовку в рамках психодинамического направления. Сомнения касались заявления радикальных бихевиористов о том, что скрытые психические или когнитивные процессы нельзя изучать научно в связи с тем, что их невозможно наблюдать.

С 1950-х годов психологи, включая некоторых теоретиков научения, сосредоточили основное внимание на когнитивных процессах и их воздействии на поведение. Когнитивная психология подразумевает изучение основных механизмов обработки информации, таких как внимание и память, а также высших психических процессов — мышления, планирования и принятия решений. Во многих отношениях акцент современной психологии как единой науки на познании всех граней нормальной человеческой когниции первоначально был реакцией, направленной против сравнительно механистической природы традиционного радикального бихевиоризма, включая его неспособность учитывать важность психических процессов как самих по себе, так и в их влиянии на эмоции и поведение.

Разработки в области клинической психологии шли параллельно этой переориентации психологии в целом. Во многих случаях такие усовершенствования происходили под руководством лиц, которые до того отождествлялись с поведенческим направлением в клинической психологии. **Когнитивный**, или **когнитивно-поведенческий взгляд**, на анормальное поведение фокусируется на том, каким образом мыслительные процессы и обработка информации искажаются и приводят к дезадаптивным эмоциям и поведению. В отличие от бихевиористов, изучающих очевидное поведение, представители когнитивного направления рассматривают мысли как «паттерны поведения», которые можно изучать эмпирически и которые могут оказаться в центре внимания при терапии. Например, испытывающая депрессию женщина, которую просят рассказать, о чем она думает, может ответить: «Я ничего не могу сделать как следует» или «Никто меня не полюбит».

Помимо сказанного, изучение паттернов искаженной информационной обработки, проявляемых людьми с разнообразными формами психопатологии, позволило выявить механизмы, которые могут участвовать в поддержании определенных расстройств. Например, депрессивные индивиды демонстрируют предвзятость воспоминаний, отдавая предпочтение негативной информации по сравнению с информацией позитивного или нейтрального характера. Подобная предвзятость, несомненно, способствует подкреплению или поддержанию текущего депрессивного состояния (например, Mathews & MacLeod, 1994; Mineka, Watson & Clark, 1998; Mineka & Zinbarg, 1998). Сегодня когнитивно-поведенческое направление имеет чрезвычайное влияние как в силу успехов, которых оно достигло в разработке эффективных методов лечения многих расстройств, так и благодаря открытиям о важности искаженных когниций для понимания анормального поведения.

Альберт Бандура (Bandura, р. 1925), теоретик научения, разработавший когнитивно-поведенческое направление, сделал серьезный акцент на когнитивных аспектах научения. Бандура подчеркнул, что человеческие существа регулируют свое поведение при помощи внутренних символических процессов — мыслей. Это означает, что они научаются *через внутреннее подкрепление*. К выполнению трудных задач мы готовимся, например, визуализируя последствия, которые могут иметь место, если мы их не выполним. Поэтому осенью мы ставим свои машины в гараж и проверяем наличие антифриза, так как способны «увидеть» себя застрявшими зимой посреди дороги. Для изменения наших поведенческих паттернов нам не всегда нужно внешнее подкрепление; с нашими когнитивными способностями мы в силах разрешить многие проблемы внутренним образом. Бандура (Bandura, 1974) впоследствии заявил, что человеческие существа обладают «способностью к самоуправлению» (р. 861). Бандура разработал теорию *самоэффективности* — убежденности в своей способности достигнуть желаемой цели (Bandura, 1977а; 1986). Его убеждение состояло в том, что когнитивно-поведенческие методы лечения в значительной мере действуют через улучшение самоэффективности.



Альберт Бандура (р. 1925) пришел к выводу, что люди больше научаются в силу внутреннего, а не внешнего подкрепления. Вместо того чтобы полагаться исключительно на средовые подкрепления, они могут визуализировать последствия своих действий.

Атрибуции, атрибутивный стиль и психопатология

Теория атрибуций также оказала значительное влияние на когнитивно-поведенческий подход (Anderson, Krull & Weiner, 1996; Fiske & Taylor, 1991; Heider, 1958). **Атрибуциями** называется процесс приписывания причин внешним событиям. Мы можем приписывать причины таким внешним событиям, как вознаграждение либо наказание («Он сделал это ради денег»), или же можем предполагать, что причины являются внутренними и проистекают из черт, присущих нам либо другим людям. Каузальные атрибуции помогают объяснить наше собственное или чужое поведение, позволяют предсказать вероятные действия, которые в будущем предпримем либо мы, либо другие люди. Студент, проваливший тест, может приписать неудачу недостатку интеллекта (черте личности), либо двусмысленным вопросам теста, либо нечетким указаниям (средовым причинам).

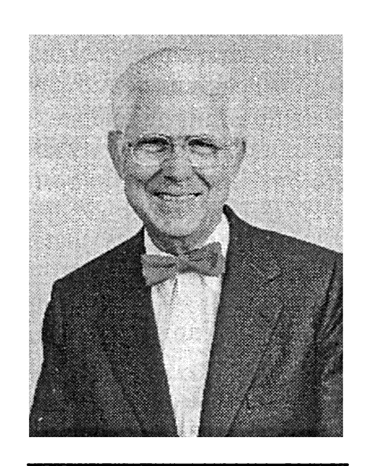
Теоретиков атрибуций интересовало, существует ли связь между различными формами психопатологии и характерными атрибутивными стилями. *Атрибутивным стилем* называется характерный способ, которым индивид устанавливает атрибуции относительно плохих или хороших событий. Например, депрессивные люди склонны объяснять плохие события внутренними, неизменными и глобальными причинами. Например, «Я провалил тест, потому что я глуп» вместо утверж-

дения: «Я провалил тест, потому что преподаватель был в плохом настроении. Он поставил мне оценку несправедливо». Но какими бы неточными ни были наши атрибуции, они могут стать важной частью нашего мировоззрения и оказывать значительное воздействие на наше эмоциональное благополучие. Они могут также заставлять нас смотреть на других людей и себя как на неизменных и неизменимых особей, что приводит к недостатку гибкости в наших отношениях (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Buchanan & Seligman, 1995).

Когнитивная терапия

Еще один пионер когнитивного направления, Аарон Бек (р. 1921), прибегнул к понятию о схемах, взятому из когнитивной психологии (например, Neisser, 1967, 1982). **Схема** — скрытая, основополагающая репрезентация знания, которая руководит текущей обработкой информации и часто приводит к искажениям внимания, памяти и понимания. Согласно Беку (Beck, 1967, 1976; Beck & Freeman, 1990), различные формы психопатологии отличаются различными дезадаптивными схемами, которые развились как функция ранних неблагоприятных научающих переживаний и ведут к искажениям в мышлении, характерным для определенных расстройств, таких как тревога, депрессия и личностные расстройства.

В основе его взглядов лежит идея о том, что способ, которым мы интерпретируем события и переживания, определяет наши эмоциональные реакции на них. Представим, например, что вы сидите в своей комнате и слышите грохот в соседней столовой. Вы вспоминаете, что оставили там открытым окно, и заключаете, что порыв ветра сбросил со стола вашу любимую новую вазу. Какой будет ваша эмоциональная реакция? Наверное, вы испытаете раздражение или гнев из-за того, что не затворили окно или что забыли про вазу (или за то и за другое!). Но предположим, с другой стороны, что вы сделали иной вывод: в распахнутое окно забрался вор. Какой будет ваша эмоциональная реакция в этом случае? По всей вероятности, вы испугаетесь. Таким образом, ваша интерпретация одного и того же события (грохота в соседней комнате) фундаментально определяет вашу на него реакцию.



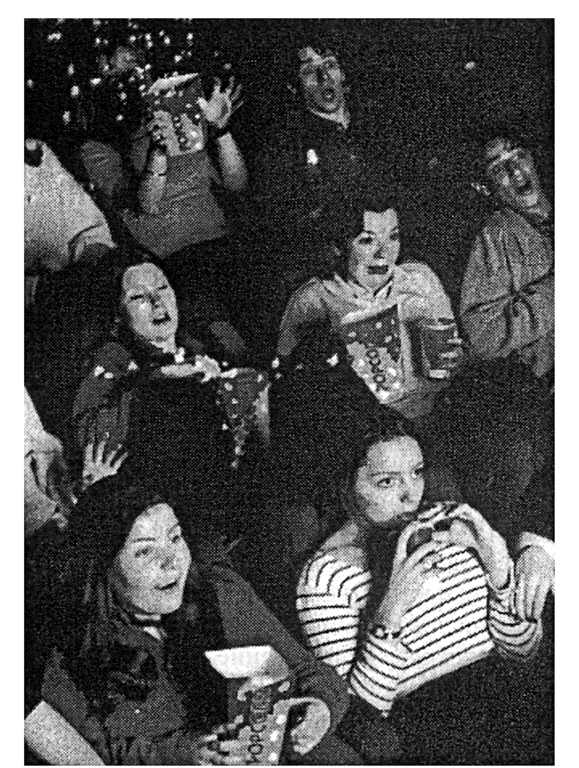
Аарон Бек (р. 1921) стал пионером в разработке когнитивных теорий депрессии, тревоги и личностных расстройств. Он также разработал высокоэффективные методы когнитивно-поведенческого лечения этих расстройств.

Деятельность Бека оказала огромное влияние на разработку когнитивно-поведенческих лечебных подходов к разнообразным формам психопатологии, и он единодушно считается прародителем когнитивной терапии. Когнитивно-поведенческие теоретики и клиницисты, последовав примеру Бека, сместили фокус внимания с наглядного поведения к скрытым, лежащим в его основе когнициям, которые предположительно порождают это поведение. Проблема, следовательно, становится проблемой изменения дезадаптивных когниций, включая основополагающие дезадаптивные схемы. Когнитивно-поведенческие

клиницисты, например, озабочены самоутверждениями своих клиентов, тем, что те говорят себе при интерпретации своих переживаний. Например, люди, которые интерпретируют события своей жизни посредством негативной самооценки, наверняка ощутят депрессию; люди, которые интерпретируют ощущение сердцебиения как знак того, что у них будет сердечный приступ и они могут умереть, наверняка испытают панику. Когнитивно-поведенческие клиницисты пользуются множеством техник, призванных выправить любую негативную когнитивную предвзятость, которую вынашивает клиент (например, см. Beck, Hollon et al., 1985; Hollon & Beck, 1994). Это противоречит, например, психодинамической практике, считающей, что разнообразные проблемы связаны с ограниченным числом интрапсихических конфликтов (таких, как неразрешенный эдипов комплекс), не фокусирующей лечебные техники непосредственно на конкретных проблемах или жалобах человека. Наиболее широко практикуемые разновидности когнитивно-поведенческой терапии, рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса и когнитивно-бихевиоральная терапия Бека, будут подробнее описаны в главах 5, 6, 9 и 17.

Влияние когнитивно-бихевиорального направления

Когнитивно-бихевиоральное направление оказало сильнейшее воздействие на современную клиническую психологию. Многие исследователи и клиницисты нашли подтверждение принципу изменения человеческого поведения через изменение способа, которым люди думают о себе и других. Многие традиционные бихевиористы, однако, скептически относятся к когнитивно-поведенческой точке зрения. В одном из последних сообщений Б. Ф. Скиннер (Skinner, 1990) подчеркнул, что остался верным бихевиоризму. Он поставил под сомнение отход от принципов оперантного обусловливания в сторону когнитивного бихевиоризма, напом-



Кто-то интерпретирует сцены из фильма ужасов и испытывает ощущение приятного возбуждения; другие интерпретируют те же сцены, и у них возникает ощущение, что нечто опасное и пугающее происходит *на самом деле*. Когнитивно-поведенческие психологи подчеркивают, что именно способ, которым мы интерпретируем событие, способен драматически окрасить наши эмоциональные реакции на него.

нил своей аудитории о том, что когниции представляют собой ненаблюдаемые явления и как таковые не могут опираться на солидные эмпирические данные. Хотя Скиннера больше нет с нами, этот спор, без сомнения, будет продолжен. Действительно, Вольпе (Wolpe, 1988, 1993), который был также одним из основателей поведенческой терапии, вплоть до своей смерти в 1997 году оставался чрезвычайно критичным в отношении когнитивного направления.

Выбор точки зрения

Любые психосоциальные взгляды на человеческое поведение — психодинамический, поведенческий и когнитивно-поведенческий — способствуют нашему познанию психопатологии, но ни один из них в отдельности не может объяснить сложного многообразия дезадаптивных паттернов поведения человека. Каждое направление зависит от обобщений, сделанных на основе ограниченных наблюдений и исследований. В попытке объяснить такое сложное расстройство, как, например, алкоголизм, более традиционная психодинамическая мысль фокусируется на интрапсихическом конфликте и тревоге, которые человек пытается смягчить при помощи алкоголя; не так давно возникшая интерперсональная версия психодинамического направления фокусируется на трудностях, связанных с прошлыми и настоящими отношениями индивида и способствующих пьянству; поведенческие исследования фокусируются на дефектном научении привычкам, помогающим снять стресс (употреблении алкоголя), и на условиях окружающей среды, которые усугубляют или поддерживают патологическое состояние; когнитивно-поведенческое воззрение фокусируется на дезадаптивном мышлении, включая дефекты в решении проблем и обработке информации, такие как иррациональные убеждения о необходимости алкоголя для снятия стресса.

Таким образом, поддержка того или иного направления влечет за собой важные последствия: она влияет на нашу *перцепцию* дезадаптивного поведения, на *характер свидетельств*, которые мы ищем, и на *способ, который мы выбираем для интерпретации данных*. В следующем разделе мы обсудим ряд психосоциальных причинных факторов, которые участвуют в истоках дезадаптивного поведения. Мы также проиллюстрируем, как разные воззрения дают противоречивые (иногда — взаимодополняющие) объяснения их эффектов. В дальнейших главах мы обсудим релевантные концепции этих направлений в их отношении к различным формам психопатологии и во многих случаях будем сравнивать разные способы объяснения и лечения одного и того же расстройства.

Психосоциальные каузальные факторы

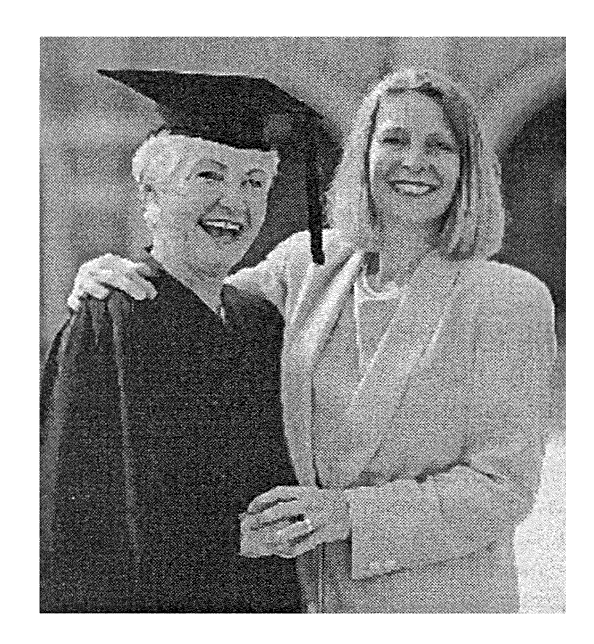
Мы начинаем жизнь с новыми встроенными паттернами и колоссальной способностью научаться из опыта. То, чему мы научаемся из наших переживаний, может помочь нам встретиться с трудностями во всеоружии и ведет к гибкому восприятию будущих стрессоров. К сожалению, некоторые наши переживания впоследствии могут оказаться гораздо менее полезными, на нас могут глубоко повлиять неподконтрольные нам факторы раннего детства. В этом разделе мы проанализируем психосоциальные факторы, которые провоцируют расстройство или ускоряют его развитие. Психосоциальные факторы представляют собой эволюционные вли-

яния, которые могут искалечить человека психологически, лишив его ресурсов для преодоления тех или иных проблем.

После краткого изучения роли нашего восприятия себя и окружающего мира, которое происходит от наших схем и схем Я, мы предпримем обзор особых влияний, способных исказить когнитивные структуры, от которых зависит хорошее психологическое функционирование. Мы рассмотрим четыре категории изученных психологических причинных факторов, среди которых: 1) ранняя депривация или травма, 2) неадекватные стили воспитания, 3) супружеские разногласия и развод и 4) дезадаптивные отношения со своим кругом. Как правило, подобные факторы не действуют в одиночку. Они взаимодействуют между собой и с другими психологическими аспектами, с отдельными генетическими и конституциональными факторами и с конкретными условиями или окружением.

Наши взгляды на мир и на себя: схемы мира и схемы Я

Фундаментальными для определения наших знаний, желаний и действий являются некоторые базисные допущения, которые мы делаем в отношении себя, нашего мира и взаимоотношений между первым и вторым. Каждое из описанных нами воззрений использует в чем-то отличную терминологию для описания природы базисных допущений в отношении себя и мира. Однако для удобства изложения и в связи с тем, что этот ориентированный на исследования подход, наверное, сегодня господствующий, мы будем использовать терминологию когнитивного направления для описания допущений, задающих нам системы координат — наши *схемы*, касающиеся других людей и окружающего нас мира, наши *схемы Я*, или идеи, которые мы питаем в отношении наших собственных атрибутов. Поскольку то, что мы можем усвоить или воспринять непосредственно через органы чувств, способ-



Наши схемы Я – наши системы координат, показывающие, кто мы есть, кем мы могли бы стать и что для нас важно, они влияют на наш выбор целей и нашу уверенность в своей способности достичь их. Главным элементом схемы Я этой пожилой женщины было достижение жизненной цели, состоявшей в получении образования и желания окончить колледж после того, как вырастут ее дети, несмотря на то, что она была почти на 40 лет старше среднего студента колледжа.

но предоставить лишь приблизительную репрезентацию «реальности», постольку мы нуждаемся в когнитивных структурах для заполнения пробелов и осмысления вещей, которые можем наблюдать и переживать.

Как уже отмечалось, *схема* — упорядоченная репрезентация предшествующего знания о понятии или некоем стимуле, которая помогает нам управлять обработкой текущей информации (Alloy & Tabachnik, 1984; Fiske & Taylor, 1991). Наши схемы, относящиеся к миру вокруг нас и нам самим, являются, можно сказать, нашими проводниками, ведущими нас сквозь трудности по мере познания мира. У всех нас есть схемы, касающиеся других людей (например, ожидания того, что те окажутся ленивыми или честолюбивыми или что они значительно ориентированы на построение карьеры, на заключение брака), а также схемы, относящиеся к социальным ролям (например, ожидания, связанные с нашим представлением о подобающем поведении для вдовы) и событиям (например, какая последовательность событий соответствует определенной ситуации — попытке справиться, скажем, с понесенной утратой) (Fiske & Taylor, 1991).

К **схемам Я** относятся наши взгляды на то, кто мы есть, кем могли бы стать и что для нас важно. Другие аспекты схемы Я касаются наших понятий о разных ролях, которые мы играем или могли бы играть в нашей социальной среде, таких как женщина, мужчина, студент, родитель, врач, американец, пожилой человек и т. д. Различные аспекты схемы Я человека могут быть истолкованы и как его *самоидентичность*. Большинство людей имеют ясное представление хотя бы о некоторых своих личных атрибутах и менее ясное о других (Fiske & Taylor, 1991).

Схемы, относящиеся к миру, и схемы Я жизненно необходимы для нашей способности к эффективному и организованному поведению, так как они направляют и рационализируют обработку информации, позволяя нам сосредоточиться на самых релевантных и важных ее аспектах в поразительно сложном потоке сведений, доступных нашим органам чувств. Однако схемы также служат источниками психологической уязвимости, потому что некоторые из наших схем или определенные аспекты схемы нашего Я могут быть искаженными и неточными. Кроме того, некоторых — даже искаженных — схем человек может придерживаться с твердой убежденностью, делая их тем самым резистентными к изменению. Отчасти так происходит оттого, что мы, как правило, не вполне осознаем наши схемы. Иными словами, хотя наши обыденные решения и поведение во многом определяются этой системой координат, мы можем не осознавать допущений, на которых они основываются, или даже вообще самого существования таких допущений. Мы полагаем, что видим вещи такими, какие они есть, и часто не учитываем факта возможности наличия других картин «реального» мира или что «правильное» может руководиться другими правилами.

Новые переживания обрабатываются в соответствии с имеющимися у нас когнитивными системами взглядов даже в случае, когда новую информацию приходится пересмотреть или исказить так, чтобы она укладывалась в эти рамки — процесс, известный как **ассимиляция**. Мы склонны оставаться верными существующим допущениям и отвергать или изменять ту новую информацию, которая вступает с ними в противоречие. **Аккомодация** — изменение существующих у нас систем взглядов ради возможности инкорпорировать несходную с ними информацию —

осуществляется с большим трудом и несет в себе большую угрозу, особенно когда под сомнение ставятся важные допущения. Аккомодация, несомненно, является главной целью различных видов психосоциальной терапии, что явно прослеживается в ее когнитивном и когнитивно-поведенческом направлениях, но присутствует практически во всех лечебных подходах. Этот процесс превращает серьезное терапевтическое изменение в трудную задачу.

Вариации в схемах и личностный рост

Неспособность человека приобрести надлежащие принципы и правила в организации когниций может сделать его уязвимым для будущих психологических проблем. Из-за различий в темпераменте, способностях и переживаниях дети чрезвычайно отличаются друг от друга знаниями, которые они могут в себе развить, способами, которыми они научаются категоризировать свои переживания, характером своих целей и ценностей и тем, как они научаются справляться со своими импульсами и регулировать свое поведение (например, Mischel, 1990, 1993). Эти приобретенные вариации делают некоторых детей гораздо более подготовленными к дальнейшему научению и личностному росту. Умение эффективно использовать новые переживания во многом зависит от степени, в которой прошлое научение сконструировало когнитивные структуры, способствующие интеграции всего нового и неожиданного. Хорошо подготовленный ребенок способен ассимилировать или, при необходимости, аккомодировать новые переживания так, что это будет способствовать росту; ребенок с менее адекватной когнитивной организацией может запутаться, оказаться невосприимчивым к новой информации и стать психологически ранимым. Преимущественно в связи с этим большинство теорий личностного развития, а также все только что описанные психосоциальные взгляды на анормальное поведение подчеркивают важность ранних переживаний в формировании основных направлений, в которых будет развиваться стиль копинга индивида.

Предсказуемость и контролируемость

Хорошим примером того, как события, пополняющие переживания одного ребенка, способны разительно отличаться от таковых для другого, является их предсказуемость и контролируемость. На одном полюсе находятся дети, которые вырастают в стабильной и любящей, потворствующей среде, где более жесткие реалии мира смягчаются; на другом находятся те, чьи переживания окрашены постоянным участием в непредсказуемых и неподконтрольных пугающих событиях или вызваны жестоким обращением. Такие разные переживания оказывают соответствующее воздействие на взрослые схемы, касающиеся мира и собственного Я. Некоторые полагают, что мир полон любви, ничем не угрожает и милостив, что, конечно же, не соответствует действительности. Другим он видится джунглями, в которых безопасность и, может быть, даже сама жизнь постоянно балансируют на краю пропасти. С точки зрения предпочтительности вероятных исходов большинство из нас выберут первый из этих комплексов переживаний. Однако в действительности они могут оказаться не самым лучшим проектом для вступления в реальный мир, так как важно, быть может, испытать на себе некоторый стресс и научиться справляться с ним, чтобы приобрести ощущение контроля (Seligman, 1975) и уверенности в себе (Bandura, 1977a, 1986).

Участие в многочисленных неподконтрольных и непредсказуемых пугающих событиях делает индивида подверженным *тревоге* — главной проблеме при ряде расстройств, которые будут обсуждаться в этой книге. Например, моделями Барлоу (Barlow, 1988) и Минека (Mineka, 1985a) признается роль, которую играет в порождении тревоги определенная биологическая уязвимость перед лицом стрессовых обстоятельств, но ими же, исходя из соответствующих исследований, подчеркивается важность переживаний с негативными исходами, которые воспринимаются как непредсказуемые и неподконтрольные (см. также Mineka & Zinbarg, 1996a, 1988). Клинически тревожным человеком является тот, чьи схемы включают в себя серьезную вероятность непредсказуемого наступления ужасных событий, которые он не может проконтролировать, и представление о том, что мир — опасное место. Нетрудно представить эволюционные сценарии, которые приведут человека к приобретению схем с подобными элементами в качестве главенствующих характеристик.

Наконец, оказывается, что определенные неподконтрольные переживания, которым подвергаются дети, настолько их подавляют, что у них не развиваются логически последовательные схемы Я. Наверное, такая ситуация наиболее наглядна в случаях диссоциативного расстройства идентичности, при котором отдельные личности развивают в себе соответствующие схемы Я, которые могут быть полностью отграничены друг от друга. В последние годы мы узнали, что диссоциативное расстройство идентичности (прежде именовавшееся «множественным личностным расстройством», см. главу 7) может быть связано с неоднократным нанесением сексуальных и физических травм в детские годы. Главным здесь является раздробленное ощущение идентичности; оно, какими бы ни были его причины (а они часто оказываются травматическими), способствует развитию анормальных паттернов поведения. В этом пункте все психосоциальные точки зрения сходятся; они различаются прежде всего пониманием механизмов, посредством которых развиваются эти анормальные паттерны.

Ранняя депривация

К счастью, переживания такой интенсивности и постоянства, как только что упомянутые в связи с диссоциативным расстройством идентичности, хотя и встречаются чаще, чем предполагалось десять лет назад, все-таки относительно редки. Есть, однако, и другие виды переживаний, не столь драматичные и страшные, но способные оставить в детской психике глубокие и подчас неизгладимые рубцы. Одним таким условием является отсутствие необходимых ресурсов, которые обычно обеспечиваются родителями или лицами, их заменяющими. Диапазон необходимых ресурсов простирается от пищи и крова до любви и внимания.

Родительская депривация подобных ресурсов может иметь место в нескольких формах. Например, она может возникнуть даже в полных семьях, где по той или иной причине родители неспособны (допустим, из-за психического расстройства) или не хотят удовлетворить потребность ребенка в тесных и частых человеческих контактах. Однако самые тяжелые проявления депривации обычно наблюдаются среди брошенных или осиротевших детей, которых могут либо институционализировать, либо поместить в один из неблагополучных родительских домов.

Последствия родительской депривации мы можем интерпретировать с нескольких психосоциальных точек зрения. Подобная депривация может закончиться фиксацией на оральной стадии психосексуального развития (Фрейд); она может помешать развитию базисного доверия (Эриксон); она может затормозить развитие у ребенка способности к относительно свободному от тревоги обмену нежностью и интимностью с другими людьми (Салливан); она может замедлить приобретение необходимых навыков из-за отсутствия подкрепления (Скиннер); или же она может привести к тому, что ребенок приобретет дисфункциональные схемы и схемы Я, в которых отношения будут представлены нестабильными, не заслуживающими доверия и лишенными любви (Бек). Любая из этих точек зрения может оказаться наилучшим способом концептуализации проблем, которые возникают в отдельно взятом случае, или же любую из них может превосходить какая-то комбинация взглядов.

Институционализация

Как отмечалось, иногда дети воспитываются в специальных заведениях, где по сравнению с обычной домашней обстановкой, бывает, несомненно, меньше сердечности и физических контактов; меньше интеллектуальной, эмоциональной и социальной стимуляции; и меньше поддержки и помощи в позитивном научении. Как мы видим сегодня на примере стран, в которых широко распространена институционализация маленьких детей, долгосрочный прогноз в отношении ребенка, страдающего от ранней и пролонгированной родительской депривации через институционализацию, считается неблагоприятным (Quinton & Rutter, 1988; Quinton, Rutter & Liddle, 1984; Rutter, 1990; Rutter & Quinton, 1984a). Понятно, что многие дети, лишенные в младенчестве и раннем детстве нормального родительского воспитания, демонстрируют дезадаптивное развитие личности и обладают склонностью к возникновению психопатологии. Не столь вредна институционализация, предпринимаемая в позднем периоде детства в отношении ребенка, у которого уже есть хороший опыт привязанности (Rutter, 1987a, 1987b). Однако даже среди тех, кто был институционализирован в раннем детстве, некоторые выказывают гибкость и преуспевают в зрелом возрасте. Было обнаружено, что важным защитным фактором в данном случае становится характер семьи, в которую ребенок попадает после заведения, — гармоничная она или дисгармоничная, с лучшими результатами для тех, кто оказывается в гармоничных семьях (Rutter, 1990). К другим влиятельным защитным факторам относятся хорошие переживания в школе в виде социальных отношений либо спортивных или учебных достижений; или наличие поддержки со стороны супруга либо супруги в зрелом возрасте; вероятно, что все эти приобретения помогут становлению чувства собственного достоинства и уверенности в себе (Quinton & Rutter, 1988; Rutter, 1985, 1990).

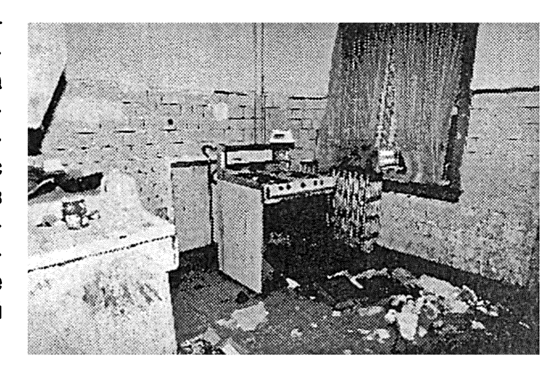
Депривация и жестокое обращение в семье

Большинство детей, подвергающихся родительской депривации, не разлучаются с родителями, но страдают от неадекватного домашнего ухода. В таких ситуациях родители, как правило, пренебрегают или уделяют мало внимания детям и в целом настроены на отвержение. В Соединенных Штатах ежегодно поступает около двух

миллионов сообщений о жестоком обращении с детьми и заброшенности и свыше половины из них подтверждается (Cicchetti & Toth, 1995a). Отвержение родителями ребенка может выказываться различными способами: физическим пренебрежением, отрицанием любви и привязанности, отсутствием интереса к делам и достижениям ребенка, неспособностью проводить с ним время и неуважением прав и чувств ребенка. В меньшинстве случаев оно сопровождается также жестоким и оскорбительным обращением. Родительское отвержение может быть частичным и полным, пассивным и активным, а также тайно или откровенно жестоким.

Последствия подобного рода депривации и отвержения могут быть очень серьезными. Баллард с коллегами (Bullard et al., 1967), например, описали синдром «неспособности к преуспеванию», который представляет собой «серьезное расстройство роста и развития, нередко требующее госпитализации. В своей острой фазе оно значительно подрывает здоровье, а иногда угрожает жизни ребенка» (p. 689). Эта проблема совершенно обычна для семей с низким доходом и существует у 6 % детей, родившихся в медицинских центрах, которые обслуживают бедные семьи (Lozoff, 1989). Считается, что такие дети входят в группу риска возникновения поведенческих проблем и задержки в развитии (Sameroff, 1995). Данный синдром иногда может возникнуть у ребенка, впавшего в тяжелую депрессию (Attie & Brooks-Gunn, 1995), а иногда — у детей, чьи родители находят их непокорными или «плохими» и испытывают трудности с их вскармливанием (Sameroff, 1995). Однако сейчас ясно и то, что этот синдром часто имеет пренатальное происхождение, поскольку значительно чаще встречается у новорожденных, имевших при рождении низкий вес (Lozoff, 1989).

Нанесение родителями откровенного ущерба ребенку (физического, сексуального или того и другого) связывалось и со многими другими негативными воздействиями на развитие детей, хотя в отдельных исследованиях высказывалось предположение, что, по крайней мере для младенцев, полная заброшенность может быть хуже приносящих вред отношений. У травмированных детей зачастую прослеживается тенденция к чрезмерной агрессивности (как вербальной, так и физической), а некоторые реагируют злобой и агрессией даже на дружеские инициативы сверстников (например, Cicchetti & Toth, 1995a; Emery & Laumann-Billings, 1998). Кроме того, исследователи обнаружили, что дети, претерпевающие дурное обраще-



В феврале 1984 года, во время рейда по наркотическим притонам чикагская полиция обнаружила в промерзшем, убогом, кишащем тараканами помещении 19 детей. Кухонная плита не работала, а дети, когда их нашли, ели прямо с пола, деля пищу с собаками. Шестерым взрослым, находившимся в квартире, было предъявлено обвинение в пренебрежительном отношении к детям; предполагалось обвинение и в жестоком обращении. Проживание в подобных условиях может предрасположить детей к психологическим проблемам в будущем.

ние, испытывают трудности в языковом развитии и значительные проблемы в эмоциональном и социальном функционировании, включая депрессию, тревогу и испорченные отношения со сверстниками, которые склонны избегать или отвергать их (Cicchetti & Toth, 1995a, b; Emery & Laumann-Billings, 1998; Rogosch, Cicchetti & Aber, 1995; Toth & Cicchetti, 1996).

Кроме того, весьма вероятно, что у травмированных и подвергнутых жестокому обращению в раннем детстве детей разовьются атипичные паттерны привязанности — наиболее часто ее дезорганизованный и дезориентированный стиль (Cicchetti & Toth, 1995a; Crittenden & Ainsworth, 1989), отличающийся эксцентричным, дезорганизованным и непостоянным поведением при общении с опекающим лицом. Значительная часть таких детей впоследствии продолжает выказывать эти «смешанные» паттерны отношения к матери по меньшей мере до 13-летнего возраста. Обзор исследований, предпринятых в этой области, позволил заключить следующее: «Данные о распространенности и устойчивости ненадежных и зачастую атипичных привязанностей у детей, претерпевающих дурное обращение, указывают на крайний риск, с которым эти дети сталкиваются при достижении адаптивных результатов в других областях межличностных отношений. Внутренние репрезентативные модели этих ненадежных и часто атипичных привязанностей с дополняющими их моделями Я и других могут распространяться на новые отношения, приводя к негативным ожиданиям в отношении вероятного поведения людей, находящихся рядом, и в степени успешности своего Я на фоне окружающих» (Cicchetti & Toth, 1995a, p. 549). Изучение этих дезадаптивных стилей привязанности — только небольшой пример больших заслуг теории привязанности Боулби (Bowlby, 1969, 1973, 1980), способствовавшей нашему познанию анормальных паттернов развития.

Эти негативные ожидания могут означать, что разрушительные последствия таких ранних травм могут никогда не исчезнуть до конца — отчасти из-за того, что переживания, способные обеспечить необходимое переобучение, могут избирательно избегаться. Ребенок, в чьи схемы не входит возможность доверия к другим, может не приблизиться к людям достаточно, чтобы узнать, что есть люди, на самом деле заслуживающие доверия; это совпадает с данными, согласно которым они



Школьный успех, например победа в конкурсе на знание орфографии, может стать защитным фактором, который помогает ребенку преодолеть препятствия, какими являются родительская депривация или институционализация.

склонны к социальному отдалению от сверстников (Cicchetti & Toth, 1995a). Эта идея подкрепляется данными Доджа с коллегами (Dodge et al., 1990, 1995), которые обнаружили, что ущемленные дети склонны приписывать враждебные намерения в ходе негативных интеракций со сверстниками и предполагают, что агрессивная реакция приведет к позитивному исходу. Более того, эта тенденция атрибутировать враждебные намерения по меньшей мере отчасти представлялась как фактор, опосредующий развитие агрессивного поведения. То, что эти эффекты могут быть стойкими, подкреплено последними исследованиями долговременных последствий (во взрослом и подростковом возрасте) причиненного физического вреда. Из них следует, что физическое насилие в детстве предопределяет как семейное, так и внесемейное насилие в отрочестве и зрелости, особенно у мужчин, подвергавшихся такому обращению (Cicchetti & Toth, 1995a; Emery & Laumann-Billings, 1998; Malinoski-Rummell & Hansen, 1993). Кроме того, была установлена связь между физическим насилием в детстве с саморазрушающим и суицидным поведением, а также с тревогой, депрессией и личностными расстройствами. В другом исследовании было обнаружено, что *IQ* и способности к чтению у индивидов, подвергавшихся ранее насилию и пренебрежению, в зрелом возрасте оказываются ниже, чем у благополучных членов контрольной группы (Perez & Widom, 1994). Поступает все больше данных о наличии у детей, претерпевавших дурное обращение, многочисленных физиологических нарушений, и это неудивительно (Cicchetti & Toth, 1995a).

Из тех родителей, которые отвергают или жестоко обращаются со своими детьми, очень многие в прошлом сами оказывались жертвами родительского отвержения. Очевидно, что их ранний анамнез отвержения и жестокого обращения оказал пагубный эффект на их схемы и схемы Я, а также, вероятно, привел к неспособности интернализировать подобающие модели воспитания детей. Кауфман и Циглер (Kaufman & Zigler, 1989) установили, что существует приблизительно 30-процентная вероятность проявления этого паттерна передачи насилия от поколения к поколению (см. также Cicchetti & Toth, 1995a).

Тем не менее состояние детей, испытавших на себе жестокое обращение, независимо от его сути, будь то насилие или депривация, можно улучшить хотя бы отчасти путем подбора хорошего опекунского окружения (Cichetti & Toth, 1995a; Emery & Laumann-Billings, 1998; Masten & O'Connor, 1989). Более того, эффекты всегда многообразны, и у тех детей, кто был менее склонен демонстрировать негативные исходы, обычно обнаруживался один или несколько защитных факторов, таких как хорошие отношения в детстве с кем-то из взрослых, более высокий *IQ*, позитивные переживания в школе или физическая привлекательность.

Другие травмы детского периода

У многих из нас были единичные травматические переживания, из-за которых наши чувства безопасности, соответствия и достоинства временно пошатнулись и которые повлияли на наше восприятие себя и окружающего мира. Термин *психическая травма* употребляется для описания любого аверсивного (неприятного) переживания, которое оказывает на индивида вредоносное психологическое воздействие. Инцидент такого рода проиллюстрирован ниже.

Разбор случая: приемный ребенок. Я думаю, что самое трагическое переживание за всю мою жизнь я испытал одним апрельским вечером, когда мне было 11 лет. Я не слишком хорошо помнил, как вошел в эту семью, хотя мои родители сочли разумным сказать мне, что я был приемным ребенком. Это я знал, но само слово «приемный» означало для меня нечто совершенно другое. Однажды вечером, когда мы с моим сводным братом остались одни, он продолжил объяснения с жаром, которого я никогда не забуду. Он дал мне ясно понять, что я не «настоящий» член семьи, что мои родители «на самом деле» не любили меня и мое присутствие в этой семье было даже нежелательным. Это была ночь, в которую, я это живо помню, я молил себя заснуть. Это переживание, несомненно, сыграло большую роль в том, что я стал неуверенным и неполноценным.

Травмы такого рода способны наносить психологические раны, которые никогда не заживают до конца. В результате индивиду бывает особенно трудно справиться с позднейшим стрессом, который разбередит подобные раны; этим часто можно объяснить, почему один человек испытывает трудности с проблемой, которая другому представляется не слишком стрессогенной. Условные реакции, которые с когнитивной точки зрения являются приобретенными ожиданиями конкретного события, вытекающего из другого, возникают и в ситуациях, провоцирующих сильные эмоции. Подобные реакции зачастую высокорезистентны к угашению. Поэтому травматического воспоминания человека о том, как он едва не утонул в глубоком озере, может оказаться достаточно, чтобы вызвать водобоязнь, длящуюся годами. Условные реакции, проистекающие из травматических переживаний, могут распространяться и на другие ситуации. Например, у ребенка, который приучился бояться воды, может развиться и страх перед катанием на лодке, а также боязнь других ситуаций, сопряженных хотя бы с малейшей возможностью захлебнуться. Маленькие дети, таким образом, особенно склонны приобретать интенсивную тревогу, которая остается резистентной к модификации даже после развития со временем ресурсов копинга.

Разделение. Боулби (Bowlby, 1960, 1973) обобщил травматические эффекты у детей в возрасте от 2 до 5 лет, разлученных с родителями на период длительной госпитализации. Во-первых, существуют краткосрочные, или острые, эффекты разделения, которые могут включать в себя выраженное отчаяние в период расставания и разлуки с родителями, длящееся вплоть до воссоединения; Боулби считал это нормальной реакцией на длительную разлуку, которая наблюдается даже у младенцев с надежной привязанностью. У детей, которые подвергаются такому расставанию, может развиться ненадежная привязанность. Кроме того, ранняя разлука с одним или обоими родителями может привести к долговременным последствиям. Подобное разделение, например, способно вызвать повышенную уязвимость перед стрессорами в зрелом возрасте, повышая вероятность развития у такого человека депрессивного расстройства (Bowlby, 1980). Как и при других ранних травматических переживаниях, долгосрочные эффекты разделения во многом зависят от поддержки и утешения со стороны отца и матери или других значимых лиц, что наиболее вероятно, если ребенок находится в надежных отношениях хотя бы с одним из родителей (Carlson & Sroufe, 1995; Lease & Ollendick, 1993; Main & Weston, 1981). Поэтому даже в случае смерти кого-то из родителей отчетливые долгосрочные эффекты наблюдаются не у всех детей (Brown, Harris & Bifulco, 1985; Rutter, 1985).

Неадекватные стили воспитания

Даже в отсутствие тяжелой депривации, заброшенности или травмы различные отклонения в процессе воспитания могут оказывать глубокое воздействие на последующую способность ребенка справляться с жизненными трудностями и, следовательно, порождать уязвимость перед разнообразными формами психопатологии. Поэтому все психосоциальные воззрения на анормальное поведение, несмотря на значительные различия в объяснениях, фокусируются на поведенческих тенденциях, которые ребенок приобретает в ходе ранних социальных интеракций с другими, главным образом с родителями или лицами, их заменяющими.

Следует помнить, что отношения между родителями и ребенком всегда двунаправленны: поведение одного, как и при любых длительных отношениях, воздействует на поведение другого. Одних детей любить легче, чем других; одни родители более чутки к потребностям младенца, нежели другие. В единичных случаях нам удается идентифицировать качества младенца, которые оказались преимущественно ответственными за неудовлетворительные отношения между родителями и ребенком. Обычным примером является ситуация, когда родители растят детей с высокой негативной эмоциональностью (то есть весьма расположенных к негативному настроению). Руттер и Квинтон (Rutter & Quinton, 1984b), например, обнаружили, что на детей с выраженным негативным настроением и слабой приспособляемостью родители реагировали раздражением, враждебностью и критикой. Это, в свою очередь, может подвергнуть таких детей риску возникновения психопатологии, так как они становятся «средоточием раздоров» в семье (Rutter, 1990, p. 191). Поскольку родители находят трудным и стрессогенным общение с детьми, обладающими высокой негативной эмоциональностью, многие из этих младенцев могут быть более склонны к развитию избегающих стилей привязанности, чем те, что не отличаются высокой негативной эмоциональностью (Rothbart, Posner & Hershey, 1995). Хотя эти примеры показывают, что качества младенца могут способствовать неудовлетворительным отношениям привязанности, влияние родителей на ребенка, как мы увидим в следующих разделах, в большинстве случаев, несомненно, окажется более важным для формирования его поведения.

Родительская психопатология

Было обнаружено, что у родителей с различными формами психопатологии, включая шизофрению, депрессию, асоциальное личностное расстройство и алкоголизм, дети подвержены повышенному риску возникновения широкого круга проблем. Известно, что некоторые из этих эффектов содержат в себе генетический компонент, однако многие исследователи считают, что генетическими эффектами нельзя объяснить все пагубные воздействия, которые оказывает на детей родительская психопатология. Например, для детей родителей, страдающих тяжелой депрессией, существует повышенный риск развития того же расстройства (Cicchetti & Toth, 1995b, 1998; Gotlieb & Avison, 1993). Это отчасти объясняется тем, что депрессия способствует неумелому воспитанию и особенно невниманию ко многим нуждам ребенка (Gelfand & Teti, 1990), неэффективности в контроле и научении ребенка дисциплине (Cichetti & Toth, 1995b, 1998). То, что дети депрессивных матерей страдают большими психологическими и физическими расстройствами, считают

не только сами матери, но также и независимые наблюдатели, которые отмечают, что такие младенцы несчастнее и напряжены больше, чем дети матерей, не страдающих депрессией. У них существует и повышенная вероятность развития ненадежных отношений привязанности по сравнению с другими детьми (Cicchetti & Toth, 1995b).

Помимо сказанного, дети алкоголиков чаще прогуливают школу, чаще злоупотребляют токсическими веществами, а также отличаются большими тревогой и депрессией и низшими уровнями самоуважения (Chassin, Rogosch & Barrera, 1991; Gotlieb & Avison, 1993), хотя у многих алкоголиков дети не испытывают никаких трудностей. Большинство исследований, предпринятых на эту тему, рассматривало влияние страдающих расстройством матерей на их детей, однако внимание обращалось и на тот факт, что больные отцы тоже во многом способствовали детской и подростковой психопатологии, особенно таким проблемам, как нарушение поведения, делинквентность и расстройство с дефицитом внимания (Phares & Compas, 1992).

Несмотря на глубокие эффекты, которые может оказывать на детей родительская психопатология, нужно отметить и то, что многие дети, выросшие в таких семьях, вполне благополучны благодаря разнообразным защитным факторам. Например, ребенок живет в семье, где один из родителей страдает серьезным расстройством. Если со вторым родителем он поддерживает теплые и наполненные заботой отношения, то располагает важным защитным фактором. К другим защитным факторам, развивающим гибкость, относятся хорошие интеллектуальные навыки, социальная и школьная компетентность и привлекательность для взрослых (Masten et al., 1990; Masten & Coatsworth, 1995, 1998).

Стили воспитания: сердечность и контроль

Стилям родительского воспитания присущи меньшие трудности в сравнении с теми, что возникают в случае психопатологии родителей, которые тем не менее могут оказывать значительное влияние на развитие ребенка и повышать риск возникновения психопатологии. В прошлом дисциплина понималась одновременно как метод наказания нежелательного поведения и как профилактика или предостережение от подобного поведения в будущем. Сегодня дисциплина представляется в более позитивном свете, и считается, что она задает необходимую систему и руководство для ускорения здорового развития ребенка. Подобное руководство снабжает ребенка схемами, аналогичными исходам, которые определяются реальным миром и зависят от поведения человека. Человек, информированный подобным образом, обладает чувством контроля над этими исходами и свободен в выборе. Там, где наказание видится необходимым, важно, чтобы родители дали ясно понять, какое именно поведение считается непозволительным. Важно и то, чтобы ребенок знал, какого поведения от него ждут, и чтобы в ходе борьбы с нарушениями были выработаны позитивные и последовательные методы дисциплины. Ребенку должна быть дарована независимость в соответствии с уровнем его зрелости. К сожалению, такие решения не всегда легко принимать.

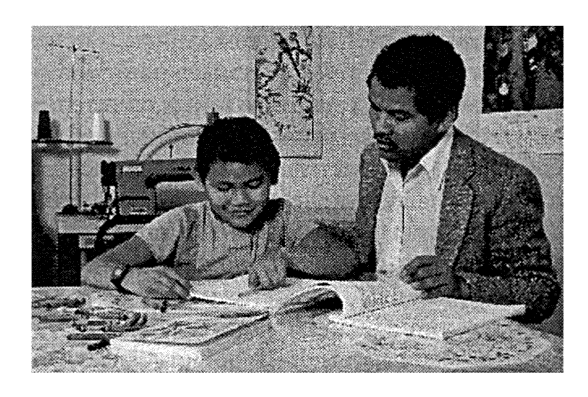
Исследователей интересовала степень, в которой стили воспитания, включая дисциплинирующие стили, воздействуют по ходу развития на поведение детей.

Были идентифицированы четыре стиля воспитания, которые представляются связанными с различными исходами детского развития: 1) авторитетный, 2) авторитарный, 3) снисходительный/потакающий и 4) небрежный/безучастный. Эти стили различаются степенью *родительского тепла* (объемом поддержки, поощрения и любви в противоположность стыду, отвержению и враждебности) и *родительского контроля* (объем дисциплины и мониторинга в противовес преимущественной безнадзорности) (Emery & Kitzman, 1995; Maccoby & Martin, 1983).

Авторитетное воспитание. *Авторитетным стилем* является тот, при котором родители очень теплы и в то же время очень тщательны в установлении четких рамок и ограничений в отношении ряда паттернов поведения, но в то же время предоставляют значительную свободу в определенных границах. Этот стиль воспитания связывается с самым позитивным ранним социальным развитием, в ходе которого дети склонны быть энергичными, дружелюбными и выказывают развитие основных способностей для общения с другими и окружающим миром (Baumrind, 1975, 1993; Emery & Kitzman, 1995). При наблюдении в подростковом возрасте в ходе лонгитюдного исследования дети авторитетных родителей продолжали демонстрировать позитивные результаты.

Авторитарное воспитание. Родителям, придерживающимся *авторитарного стиля*, свойствен строгий контроль, но в них мало тепла, и их дети склонны быть конфликтными, раздражительными и угрюмыми (Baumrind, 1975, 1993). Наблюдение за такими детьми в подростковом возрасте показывает большую частоту негативных исходов, при которых мальчики особенно отстают в социальных и когнитивных навыках. Если такие авторитарные родители практикуют еще и *суровую дисциплину* в форме телесных наказаний в отличие от лишения похвал и привилегий, то результатом оказывается агрессивное поведение ребенка (Emery & Kitzman, 1995; Eron et al., 1974; Patterson, 1979). Очевидно, что телесные наказания задают модель агрессивного поведения, которую ребенок копирует и встраивает в схему собственного Я (Millon & Davis, 1995).

Снисходительно-потакающее воспитание. Третий стиль воспитания — снисходительно-потакающий, при котором родители глубоко сердечны, но слабы в отношении дисциплины и контроля. Этот стиль воспитания связывается с импульсивным и агрессивным детским поведением (Baumrind, 1967; Hetherington & Parke, 1993). Дети, которым чрезмерно потакают, обычно испорчены, эгоистичны,



Этот отец, помогающий сыну делать уроки, демонстрирует авторитетный стиль воспитания. Он находится с сыном в сердечных и поддерживающих отношениях, но также четко определяет пределы и рамки, например в плане объема работы, которую необходимо выполнить сыну прежде, чем ему разрешат посмотреть телевизор.

опрометчивы и требовательны. В классическом исследовании Сирс (Sears, 1961) обнаружил, что избыточная снисходительность и малая дисциплина дома позитивно коррелируют с асоциальным, агрессивным поведением, особенно в среднем и позднем периодах детства. В отличие от отвергнутых и эмоционально обделенных детей избалованные дети с готовностью вступают в межличностные отношения, но используют людей в собственных целях так же, как научились использовать родителей (Milon & Davis, 1995). Кроме того, дети, которым излишне потакают, нетерпеливы и подступают к проблемам в агрессивной и требовательной манере (Baumrind, 1971, 1975). Короче говоря, они обладают схемами Я со значительными «полномочными» чертами. Замешательство и трудности в приспособлении могут возникнуть, когда «действительность» вынуждает их произвести переоценку своих допущений насчет себя и окружающего мира.

Небрежно-безучастное воспитание. Наконец, те родители, которым не хватает как тепла, так и контроля, воплощают в себе *небрежно-безучастный стиль*. Этот стиль родительского безразличия связывается с разрушением привязанности в детстве (Egeland & Sroufe, 1981), а также с последующей угрюмостью, низким самоуважением и нарушением поведения (Baumrind, 1991; Hetherington & Parke, 1993). Кроме того, у детей безучастных родителей возникают проблемные отношения со сверстниками и трудности в учебе (Hetherington & Parke, 1993).

Исследование одних лишь эффектов запретов (с игнорированием переменной тепла) показало, что запреты могут служить защитным фактором для детей, растущих в среде высокого риска, которая определяется занятиями семьи и уровнем образования, статусом меньшинства и отсутствием отца (Baldwin, Baldwin & Cole, 1990). Среди детей из группы высокого риска родители тех, кто преуспевал с точки зрения когнитивных исходов (*IQ* и успехи в учебе), оказывались более склонными к запретам и менее демократичными. Действительно, запреты позитивно сочетались с когнитивными исходами лишь у детей из группы высокого риска, но не среди детей группы малого риска. Кроме того, запреты оказывались особенно полезными в семьях, которые жили в районах с высоким уровнем преступности.

Неадекватные, иррациональные и агрессивные коммуникации

Иногда родители не позволяют ребенку задавать вопросы и в прочих отношениях также не способны стимулировать информационный обмен, жизненно важный для развития у ребенка важнейших приспособлений. Неадекватные коммуникации могут происходить во многих формах. Некоторые родители слишком заняты или поглощены собственными заботами, чтобы слушать детей и пытаться понять конфликты и проблемы, с которыми те сталкиваются. В результате таким родителям часто не удается оказать детям необходимую поддержку и помощь, особенно в кризисной ситуации. Другие родители забывают, что ребенку или подростку мир часто кажется совсем иным, стремительное социальное изменение может привести к разрыву связи между поколениями. В других случаях дефектная коммуникация может принимать более уродливые формы, когда послания полностью фальсифицируются, так как слушающий искажает, оспаривает или игнорирует их смысл.

Дети часто оказываются в глубоко конфликтной, наполненной агрессией атмосфере. Гнев может возникнуть в силу супружеской ссоры, насилия или родитель-

ской психопатологии и часто связан с психологическими проблемами у детей (Emery & Kitzman, 1995; Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984). Это неудивительно, если учесть, что под действием подобного фонового гнева дети часто страдают и эмоционально возбуждаются, точно так же как в случаях жестокого обращения (Cummings, 1987; Emery, 1989; Emery & Kitzman, 1995). Неудивительно и то, что дети, с которыми жестоко обращаются, боятся родительского гнева, особенно не разряженного, даже еще больше, чем дети, не претерпевающие подобного обращения (Hennessy, Rabideau, Cicchetti & Cummings, 1994).

Супружеские разногласия и развод

Уже описанные паттерны нарушенных отношений между родителями и ребенком, такие как родительское отвержение, редко обнаруживаются в тяжелой форме, если только не является анормальной и вся семейная обстановка. Поэтому нарушенная структура семьи представляет собой всеобъемлющий фактор риска, повышающий уязвимость индивида перед лицом разнообразных стрессоров. Мы будем рассматривать различия между сохраненными семьями, в которых имеются серьезные супружеские разногласия, и семьями, которые распались в силу развода или разлуки.

Супружеские разногласия

В некоторых случаях супружеских разногласий или конфликта кто-то один или оба родителя не получают удовлетворения от своих отношений. Один супруг может выражать чувства фрустрации и разочарования во враждебной манере, ворча, критикуя и намеренно поступая так, чтобы досадить партнеру. Какими бы ни были причины проблем, серьезно и давно расстроенные отношения обязательно окажутся фрустрирующими, болезненными и пагубными по своему воздействию как для взрослых, так и для их детей (Emery & Kitzman, 1995). В одном недавнем исследовании обнаружено, что пагубные эффекты супружеского конфликта для детей могут смягчаться, если один или оба родителя обладают следующими качествами: сердечностью, склонностью к одобрению и похвалам, а также умением сдерживать отвергающее поведение, направленное против детей (Katz & Gottman, 1997). В другом недавнем исследовании было найдено, что дети, получавшие значительную поддержку сверстников, также оказывались защищенными от негативных последствий раздора между родителями (Wasserstein & La Greca, 1996).

В более тяжелых случаях супружеских разногласий дети могут подвергнуться воздействию одного или нескольких стрессоров, которые мы уже обсудили: заброшенность ребенка или жестокое с ним обращение; последствия проживания с родителем, страдающим серьезным психическим расстройством; авторитарное или небрежное/безучастное воспитание, а также насилие между супругами. Во всех этих случаях дети попадают в ловушку нездорового и иррационального психологического окружения и, когда вырастают, могут столкнуться с трудностями при установлении и поддержании супружеских и иных интимных отношений.

Разведенные семьи

Во многих случаях семья бывает неполной из-за смерти, развода, разлуки или каких-то других обстоятельств. В Соединенных Штатах ежегодно происходит свыше миллиона разводов, что может быть отчасти связано с растущей культурной

приемлемостью развода (U. S. Bureau of Census, 1992). По имеющимся оценкам, около 20% детей в возрасте до 18 лет живут только с одним из родителей — некоторые с родителями, проживающими вне брака, а некоторые — с разведенными родителями. Почти половина браков завершается разводом, и установлено, что 50–60% детей, родившихся в 1990-х годах, в какой-то момент будут жить в семьях с единственным родителем (Hetherington, Bridges & Insabella, 1998).

Влияние развода на родителей. Несчастливые браки протекают трудно, однако прекращение супружеских отношений тоже может вызвать у взрослых сильнейший стресс, как психический, так и физический. Разведенные и разделенные лица с избытком представлены среди психиатрических пациентов, хотя причины взаимосвязи этих факторов не всегда ясны. В своем исчерпывающем обзоре влияний развода на взрослых Амато и Кейт (Amato & Keith, 1991a) заключили, что это такой же важный источник психопатологии, как физические недуги, смерть, суицид и убийство.

Влияние развода на детей. Развод может оказывать травмирующее воздействие и на детей. Ощущения отсутствия безопасности и отвержения могут усугубляться конфликтующими потворствами ребенку и, как случается, его порчей, когда он остается с кем-то одним из родителей. Неудивительно, что у отдельных детей развиваются серьезные дезадаптивные реакции. Приспособление детей с трудным характером протекает, как правило, сложнее, чем у детей с легким характером (Hetherington, Stanley-Hagan & Anderson, 1989). Есть некая ирония в том, что эти дети могут быть из числа тех, чьи родители наиболее расположены к разводу, возможно, потому, что трудный ребенок усугубляет супружеские проблемы (Block, Block & Gjerde, 1986). Делинквентность и широкий круг других психологических нарушений гораздо чаще встречаются у детей и подростков из разведенных семей, чем у живущих в сохранных семьях, хотя вероятно, что способствующим фактором здесь выступают предшествующие или продолжающиеся раздоры между родителями (Chase-Lansdale, Cherlin & Kiernan, 1995; Rutter, 1971, 1979). Наконец, в ряде работ была продемонстрирована и возможность долгосрочных воздействий на адаптивное функционирование в зрелом возрасте. Так, у молодых людей, происходивших из разведенных семей, во многих исследованиях наблюдались меньшая образованность, более низкие доходы, меньшая удовлетворенность жизнью, а также повышенная вероятность существования на пособие и обзаведения внебрачными детьми (Amato & Keith, 1991b; Chase-Lansdale et al., 1995; Hetherington et al., 1998). Кроме того, дети из разведенных семей, впоследствии вступающие в брак, чаще разводятся. В одном 70-летнем лонгитюдном исследовании одаренных детей было выявлено, что те, чьи родители развелись до наступления у детей 21-летнего возраста, в среднем умирали на четыре года раньше тех, чьи родители не разводились до этого времени (Tucker et al., 1997).

Тем не менее многие дети очень неплохо приспосабливаются к разводу родителей. Статистический обзор 92 исследований, посвященных разводу родителей и благосостоянию детей, в которых с 1950-х годов участвовали 13000 детей, позволил сделать вывод о том, что в среднем негативные последствия развода для детей имеют достаточно небольшое значение (Amato & Keith, 1991a; см. также Chase-Lansdale et al., 1995; Emery & Kitzman, 1995; Hetherington et al., 1998), как и нега-

тивные эффекты, сохраняющиеся в зрелом возрасте (Amato & Keith, 1991b). Выяснилось и то, что за последние четыре десятилетия (особенно с 1970 года) эти эффекты, похоже, снизились, что может быть связано с ослабеванием непривлекательного имиджа развода (Amato & Keith, 1991a, b). В числе изученных сфер благополучия в детском возрасте были успехи в учебе, проблемное поведение, психологическое и социальное приспособление, Я-концепция и отношения между родителями и детьми. У детей, находившихся в среднем возрастном диапазоне (между младшим и средним школьным возрастом), исходы были чуть хуже, чем у дошкольников и учащихся колледжей (Amato & Keith, 1991a). В зрелом возрасте аналогичные изученные сферы включали в себя психологическое, семейное и социоэкономическое благополучие и физическое здоровье (Amato & Keith, 1991b; Emery & Kitzman, 1995).

Эффекты, которые оказывает на детей развод, нередко более благоприятны, чем последствия проживания в семье, разрываемой супружескими конфликтами и распрями (Emery & Kitzman, 1995; Hetherington et al., 1998; Amato & Keith, 1991a). Одно время считалось, что пагубные эффекты развода можно свести к минимуму, если обеспечить ребенку адекватные условия роста удачным повторным браком. К сожалению, полученные данные не подтвердили это предположение. Обзор, подготовленный Амато и Кейта (Amato & Keith, 1991a), вскрыл тот факт, что положение детей, живущих с приемным родителем, не лучше, чем детей, живущих только с одним из родителей, хотя это больше относилось к девочкам, чем к мальчикам. В самом деле, по данным некоторых исследований, период приспособления к повторному браку может занять больше времени, чем период приспособления к разводу (Hetherington et al., 1989). Другие исследования показали, что дети — особенно маленькие, — живущие с неродными матерью или отцом, входят в группу повышенного риска физического насилия и даже смерти, причиняемых приемным родителем, по сравнению с детьми, живущими с обоими биологическими родителями (Daly & Wilson, 1988, 1996).

Дезадаптивные отношения со сверстниками

Другой важный комплекс внесемейных отношений обычно устанавливается в дошкольном возрасте со сверстниками. В нормальной ситуации эти связи, поддерживаемые с соседями или школьными товарищами, предполагают возможные переживания гораздо более широкого диапазона, чем внутрисемейные отношения, которые оказываются более ограниченными и устоявшимися. Когда ребенок решает самостоятельно вступить в мир, он сталкивается с рядом запутанных и непредсказуемых вызовов. Риск возникновения проблем и неудач оказывается значительным.

На этой стадии дети едва ли обладают искусством установления отношений и дипломатии. Эмпатия — предвидение ситуации, перспективы и переживаний другого человека, может быть развита в лучшем случае лишь примитивно, как это видно на примере ребенка, который воодушевляется и отвергает товарища, с которым играет в настоящий момент, стоит появиться более предпочтительному кандидату. Исходной целью любой интеракции обычно оказывается собственное, сиюминутное удовлетворение ребенка, и существует лишь неопределенное признание того, что кооперация и сотрудничество могут привести к еще большей выгоде.

Значительно меньшая часть детей оказывается в чем-то неподготовленной к строгостям и соперничеству школьной поры, что связано, скорее всего, с факторами темперамента и дефектностью психосоциального климата в семье. Значительное число таких детей отдаляется от сверстников; некоторые (особенно мальчики) избирают запугивающий и агрессивный стиль жизни. Примерами являются окрестный хулиган и отпугивающий своим поведением нелюдим со школьного двора. Ни один из этих путей не приводит к хорошему психическому здоровью (например, Coie et al., 1992; Coie & Cillessen, 1993; Dodge et al., 1997).

К счастью, у этой медали есть и обратная сторона. Если отношения со сверстниками претерпевают трудности роста, то они могут стать и источниками ключевых научающих переживаний, которые годы, а то и всю жизнь, содействуют благополучию индивида. Для находчивого подростка тактика взаимных уступок, потери и поражения, успехи и неудачи школьных лет обеспечивают великолепную подготовку к серьезному соприкосновению с реальным миром и собственным развивающимся Я — его возможностями и ограничениями, его привлекательными и непривлекательными сторонами. В этот период интенсивного социального включения возникают переживания интимной близости с другим человеком, с другом. Если в ранние детские годы все прошло хорошо, то ребенок вступает в отрочество с солидным репертуаром социальных познаний и навыков, часто известным как социальная компетентность. Такой подросток может эффективно приспосабливать свое поведение к требованиям ситуации и надлежащим образом сообщать окружающим свои мысли и чувства. Практика и опыт интимного общения с другими делает возможным переход от влечения, влюбленности и простого сексуального любопытства к подлинной любви и преданности. Подобные ресурсы могут быть мощным фактором защиты от фрустрации, деморализации, отчаяния и психических расстройств (Masten & Coatsworth, 1998).

Несмотря на то что описанный сценарий кажется правдоподобным, солидной эмпирической научно-исследовательской основы у него не было вплоть до недавних пор. Фактически период развития, который в нем затронут, в значительной степени игнорировался крупными теоретиками личности, за примечательным исключением Эриксона и Салливана. Однако за последние 25 лет изучение факторов риска, связанных с отношениями между детьми и их сверстниками, набрало обороты. В следующем разделе кратко суммированы наиболее важные из этих данных.



Ювенильная социализация – рискованное дело, в котором престиж ребенка, с трудом завоеванный в группе, может восприниматься как подвергающийся постоянной опасности. На самом деле репутация и статус в группе тяготеют к стабильности, и у ребенка, которого отвергали сверстники, наверняка и впредь будут проблемные отношения окружением.

Источники популярности как состояния, обратного отвержению

Чем определяется, какие дети станут популярными, а какие будут отвергнуты? Самыми постоянными показателями популярности в молодежной среде, безусловно, считаются дружелюбие и отзывчивость (Hartup, 1983). Причинная связь между популярностью и дружелюбием расплывчата и, вероятно, сложным образом переплетена с другими переменными, такими как интеллект и физическая привлекательность.

Гораздо большее внимание было уделено идентификации причин, по которым дети упорно отвергаются своими сверстниками. Одним из важных факторов служит чрезмерно требовательный или агрессивный подход к текущим занятиям своего окружения, но этот фактор ни в коем случае не характеризует поведение всех детей, отвергаемых сверстниками. Совершенно очевидно, что меньшую часть детей отвергают из-за их социальной замкнутости или покорности. Других отвергают по неизвестным причинам; очевидно, что некоторые основания носят весьма утонченный характер (Coie, 1990).

Многие отвергнутые дети обладают плохими начальными навыками поиска способа присоединения к текущей групповой деятельности: они привлекают к себе внимание деструктивными методами, могут выступать с неоправданно аверсивными высказываниями в адрес других. Впоследствии они часто становятся объектами вербальной и физической агрессии (Coie & Kupersmidt, 1983; Coie & Dodge, 1988). В самом деле: примерно половина отвергнутых мальчиков высоко агрессивна (Coie & Cillessen, 1993); другая большая подгруппа из тех, кто может стать неизменной жертвой отвержения, не агрессивна, но крайне неуверенна и абсолютно покорна воле сверстников (Schwartz, Dodge & Coie, 1993). В своем исследовании Додж и коллеги (Dodge et al., 1980; обзор см. в Crick & Dodge, 1994) описали агрессивных детей как слишком обидчивых и склонных приписывать враждебные намерения поддразниванию со стороны сверстников, в результате чего конфронтация нагнетается до ранее не предполагавшегося уровня. Они также склонны занимать более обвинительную и менее снисходительную установку по отношению к таким ситуациям (Coie et al., 1991). Агрессия в адрес сверстников на пятом году обучения была наилучшим предсказателем ювенильной делинквентности и отказа от учебы семью годами позже (см. также Coie et al., 1990). Один каузальный механизм такой связи был подтвержден данными Паттерсона, Капальди и Бэнка (Patterson, Capaldi & Bank, 1991; см. также Dishion, 1994). Опираясь на тот факт, что агрессия — лучший предвестник отвержения со стороны сверстников (Coie et al., 1990), они обнаружили, что через несколько лет подобное отвержение часто приводит ребенка к налаживанию связей с девиантными лицами, что, в свою очередь, связано с креном в сторону ювенильной делинквентности.

В конечном итоге отвержение ведет к социальной изоляции, зачастую самостоятельно возложенной на себя (Dodge, Coie & Brakke, 1982; Hymel & Rubin, 1985). Куай (Coie, 1990) указал, что подобная изоляция, несомненно, будет иметь серьезные последствия, так как лишает ребенка новых возможностей научаться правилам социального поведения и взаимообмена — правилам, которые с возрастом становятся все более сложными и тонкими. Обычным результатом оказывается неизменное социальное поражение, которое усугубляет пагубное воздействие на самоува-

жение и чувство уверенности в себе, а иногда приводит к одиночеству и депрессии (Burks, Dodge & Price, 1995). Купершмидт, Бурчиналь и Паттерсон (Kupersmidt, Burchinal & Patterson, 1995) обнаружили, что отвергнутые сверстниками 9–13-летние дети через четыре года бывали агрессивнее и делинквентнее, чем дети, которых не отвергали.

При невмешательстве положение ребенка в группе тяготеет к стабильности, особенно к пятому классу и позже. Как правило, «звезды» остаются звездами, а «изгои» — изгоями. В одном исследовании, например, почти половина пятиклассников, которых отвергали товарищи, продолжали быть изгоями на протяжении следующих пяти лет (Coie & Dodge, 1983). Отчасти так происходит потому, что другие дети стремятся объяснить поведение отвергнутого ребенка с точки зрения устойчивых качеств последнего. У них возникают негативные ожидания в отношении отвергнутого ребенка, поэтому они относятся к нему негативнее, выполняя своего рода самовыполняющееся пророчество относительно интеракции между ним и сверстниками.

И логические, и научно-исследовательские данные суммарно приводят к одному и тому же выводу: ребенок, которому не удается установить удовлетворительные отношения с другими в годы своего развития, лишается важнейшего комплекса личных переживаний и подвергается более, чем среднему риску негативных исходов в отрочестве и зрелом возрасте (Burks et al., 1995; Kupersmidt et al., 1990). Социальные проблемы детского возраста, связанные со сверстниками, были соотнесены с разнообразными срывами последующего адаптивного функционирования, включая депрессию, отказ от учебы и делинквентность. Хотя сами по себе эти корреляционные данные не позволяют сделать выводы о прочных причинных связях, они являются важными звеньями в высоковероятной каузальной цепочке. Однако следует помнить и о том, что социальные проблемы, связанные со сверстниками, могут быть ранними маркерами расстройств, в которых присутствует наследственная составляющая, но которые не развертываются в полной мере вплоть до подросткового или зрелого возраста. Действительно, суть происходящего нередко сводится к тому, что социальные проблемы такого рода отчасти отражают некий врожденный диатез, но также служат, в свою очередь, стрессорами, которые повышают вероятность того, что скрытая уязвимость в дальнейшем приведет к полномасштабному расстройству (Parker et al., 1995).

Социокультурное направление

К началу XX века социология и антропология выделились в самостоятельные научные дисциплины и быстро продвигались к познанию роли социокультурных факторов в развитии и поведении человека. Среди первых социокультурных теоретиков были такие знаменитости, как Рут Бенедикт, Ральф Линтон, Абрам Кардинер, Маргарет Мид и Франц Боас. Их исследования и труды показали, что в развитии отдельной личности отражается все общество — его институты, нормы, ценности, идеи, равно как непосредственная семья и прочие группы. Из исследований также явствовала связь между социокультурными условиями и психическими расстройствами — отдельными стрессорами в обществе и характерными для него раз-

новидностями психических нарушений. Дальнейшие исследования показали, что паттерны как физических, так и психических расстройств в отдельно взятом обществе могут со временем изменяться по мере динамики социокультурных условий. Эти открытия добавили новые измерения в современные взгляды на анормальное поведение (Westermeyer & Janca, 1997).

Раскрытие социокультурных факторов путем кросс-культурных исследований

Социокультурное воззрение связано с воздействием социальной среды на психические расстройства, однако связи между дезадаптивным поведением и такими социокультурными факторами, как нищета, дискриминация и неграмотность, сложны. Одно дело отметить, что человек, страдающий психическим расстройством, происходит из неблагоприятной среды. Однако совсем другое дело эмпирически показать, что эти условия были либо необходимыми, либо достаточными для возникновения расстройства. Проблема частично связана с невозможностью проведения контролируемых экспериментов. По этическим соображениям исследователи не могут воспитывать детей с похожими генетическими или биологическими чертами в различной социальной или экономической среде с целью выяснения, какие переменные нарушают развитие и приспособление.

Тем не менее естественный ход вещей обеспечил исследователей особенными лабораториями. Различные группы людей живут в очень разных условиях, начиная с арктических льдов и заканчивая тропиками и пустынями. В этих обществах развились разные экономические системы и типы семейных структур. Соответственно имеются в наличии чрезвычайно разнородные социальные и политические условия. Природа фактически оказала социальным ученым огромную услугу, обеспечив их таким колоссальным количеством людских коллективов для изучения. Несколько исследователей предположили, что кросс-культурные изыскания могут усовершенствовать наши знания о диапазоне вариаций, возможных в поведенческом и эмоциональном развитии человека, а также способствовать рождению идей о причинах нормального и анормального поведения, которые в дальнейшем могут пройти более тщательную лабораторную проверку (например, Weisz et al., 1996).

Исследования подтверждают мнение, согласно которому многие психологические нарушения у взрослых и детей имеют универсальный характер и проявляются в большинстве изученных культур (Al-Issa, 1982; Butcher, 1996, Kleinman, 1988; Verhulst & Achenbach, 1995). Например, несмотря на вариативность частотности и симптоматики, поведенческий паттерн, который мы именуем шизофренией (глава 12), можно встретить почти у всех народов, от самых примитивных до наиболее технологически развитых. Недавние исследования показали и то, что определенные психологические симптомы, измеренные при помощи Миннесотского многопрофильного личностного опросника (*MMPI*, см. главу 15), неизменно встречались во многих других странах среди клинических групп со сходными диагнозами (например, Butcher, 1996).

Тем не менее, несмотря на наличие отдельных универсальных симптомов, на анормальное поведение влияют и культурные факторы. Биология человека

не функционирует в вакууме; культурные требования выступают в психопатологии причинными факторами и оказывают на нее модифицирующее влияние. Например, социокультурные факторы часто становятся для индивида источником стресса (Al-Issa, 1982; Cohler, Stott & Musick, 1995). Например, дети, растущие в тиранических условиях, где мало наград и много препятствий, склонны испытывать больший стресс и, следовательно, более уязвимы перед расстройствами, чем дети, вырастающие в обществе, которое предлагает им изобилие наград и значительную социальную поддержку. Кроме того, развитие в период великого страха — во время войны, голода или гонений — способно сделать ребенка уязвимым для психологических проблем.

Культурные различия, при которых развиваются расстройства, и как они переживаются

Похоже, что социокультурные факторы влияют и на то, какие именно расстройства возникнут, на формы, которые они примут, и на их течение. Хорошим примером этого служит предпринятое Батчером (Butcher, 1996) сравнительное исследование психиатрических больных из Италии, Швейцарии, Чили, Индии, Греции и Соединенных Штатов, у которых была диагностирована параноидная форма шизофрении. В соответствии с *MMPI* больные с этим диагнозом демонстрировали сходные общие паттерны личности, несмотря на то что они происходили из чрезвычайно разнородной культурной среды. Однако в подобных кросс-культурных сравнительных исследованиях можно выявить и различия. В одном исследовании, например, итальянские больные, независимо от клинического диагноза, демонстрировали значительно более преувеличенный паттерн физических жалоб, чем больные из Швейцарии и США (Butcher & Pancheri, 1976).

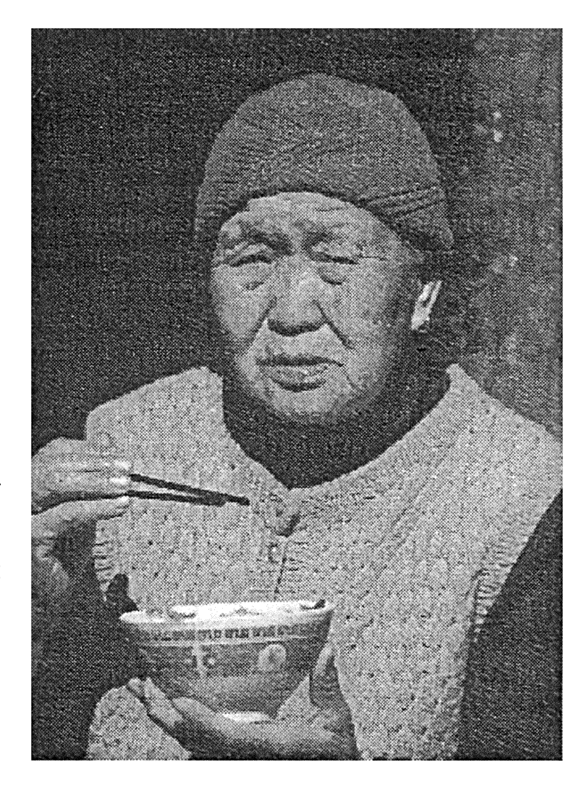
В другом примере Кляйнман (Kleinman, 1986, 1988) проследил за различными способами, которыми китайцы (на Тайване и в Китайской Народной Республике) справляются со стрессом, сравнивая эти меры с теми, что приняты у жителей Запада. Он обнаружил, что в западном обществе депрессия стала распространенной реакцией на индивидуальный стресс. С другой стороны, в Китае он отметил сравнительно низкую частоту предъявляемой депрессии. Вместо этого более типичным проявлением последствий стресса там были физические проблемы, такие как утомляемость, слабость и прочие жалобы. Более того, Кляйнман и Гуд (Kleinman & Good, 1985) провели опрос, исследуя депрессивные переживания в различных культурах. Их данные говорят о том, что в других культурах не проявляются элементы депрессии, важные для западных обществ, например характерное острое чувство вины. Они также указали на то, что такие симптомы депрессии (или дисфории), как уныние, безнадежность, ощущение несчастья, неспособность получать удовольствие от окружающего мира и социальных отношений, имеют разительно несходное значение в различных обществах. Для буддистов стремление извлечь удовольствие из вещей мира и социальных отношений есть основа различных видов страдания; добровольное неучастие в этом является первым шагом к спасению. Для иранских мусульман-шиитов скорбь есть религиозное переживание, связанное с признанием трагических последствий праведной жизни в неправедном мире; способность к полноценному переживанию дисфории является, следовательно, показателем

глубины личности и познания. Примеры анормального поведения, которое встречается только в определенных культурах, приведены в справке 3.4, содержащей информацию о культурно-специфических синдромах.

Культура и поведение с чрезмерным и недостаточным контролем

Недавними исследованиями были подняты и представляющие большой интерес проблемы относительно детской психопатологии в различных культурах. В таких культурах, как таиландская, о взрослых говорят, что они крайне нетерпимы к *недостаточно контролируемому поведению* своих детей, такому как агрессия, неповиновение и неуважительные поступки. Детей открыто приучают быть вежливыми, почтительными и сдерживать любые проявления гнева. Это порождает интересные вопросы насчет меньшей распространенности детских проблем, связанных с неконтролируемым поведением, в Таиланде по сравнению с Соединенными Штатами, где к таким паттернам поведения относятся, похоже, с гораздо большей терпимостью. И наоборот: отсюда же возникает вопрос, не представлены ли проблемы, связанные со *сверхконтролируемым поведением*, такие как застенчивость, тревога и депрессия, в Таиланде шире, чем в США.

В двух кросс-национальных исследованиях (Weisz, Sywanlert et al., 1987, 1993) было подтверждено, что у тайских детей проблемы сверхконтроля действительно встречаются чаще, чем у американских. Хотя обе страны ничем не отличаются друг от друга в отношении частоты проблем, связанных с недостаточным контролем, были выявлены различия в описании их характера. Например, недостаточный контроль у тайских подростков чаще, чем у американских, принимает косвенные и утонченные формы, не связанные с межличностной агрессией, такие как трудности с концентрацией внимания или жестокое обращение с животными.



Культура может влиять не только на тип развивающихся психических расстройств, но и на то, *как* они переживаются. В западных культурах стресс часто становится катализатором депрессии. Однако на Тайване и в Китайской Народной Республике люди, находящиеся под действием стресса, склонны испытывать физическое недомогание, такое как утомляемость и слабость.

С другой стороны, американские подростки чаще, чем тайские, дерутся, хулиганят и демонстрируют неповиновение в школе (Weisz et al., 1993). Однако эти данные еще больше осложняются тем фактом, что тайские и американские родители очень по-разному относятся к проблемам, которые, на их взгляд, требуют лечения. Создается впечатление, что тайские родители не столь охотно направляют своих детей на психологическое лечение, чем американские родители (Weisz & Weiss, 1991; Weisz et al., 1996). Отчасти это может быть связано с их буддистской верой в мимолетность проблем и оптимистической надеждой на улучшение поведения своих детей. В качестве альтернативы можно предположить, что в случае проблемного

СПРАВКА 3.4. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Культурно-специфические синдромы

Название расстройства	Культура	Описание
Амок	Малайзия (также встречается в Лаосе, на Филиппинах, в Полинезии, в Папуа – Новой Гвинее, в Пуэрто-Рико)	Расстройство характеризуется внезапными, дикими вспышками неистовой агрессии или тяги к убийству, во время которых пораженный индивид может убить или травмировать окружающих. Это буйное расстройство обычно наблюдается у мужчин, которые до его начала отличаются замкнутостью, спокойствием, задумчивостью и безобидностью. Эпизоды часто провоцируются проявлением неуважения или оскорблением. Было отмечено несколько стадий: на первой человек, как правило, становится еще более замкнутым; затем следует период напряженных размышлений, в котором налицо потеря контакта с реальностью. Преобладают идеи преследования и гнева. Наконец, наступает фаза автоматизма, или *Амока*, когда человек вскакивает, дико кричит, хватается за нож и наносит удары людям и предметам, оказавшимся в пределах его досягаемости. После вспышки обычно наступают изнеможение и депрессия, сопровождающиеся амнезией на период буйства
Лата	Малайзия и Индонезия (а также Япония, Сибирь и Филиппины)	Гиперчувствительность к внезапному страху, часто возникающая у женщин среднего возраста с низким интеллектом, занимающих подчиненное положение и держащихся в тени. Расстройство катализируется словом «змея» или щекоткой. Оно характеризуется *эхолалией* (повторением за другими слов и предложений) и *эхопраксией* (повторением чужих действий). Кроме того, больной индивид может выказывать диссоциативное или трансоподобное поведение
Коро	Юго-Восточная Азия и Китай (особенно Малайзия)	Реакция страха или состояние тревоги, при которых мужчина боится, что его пенис втянется в живот и он умрет. Эта реакция может развиться после сексуальных излишеств или чрезмерной мастурбации. Тревога, как правило, крайне ин-

неконтролируемого поведения тайские родители не направляют своих детей на лечение просто потому, что эти нарушения столь неприемлемы, что они стесняются выносить их на публику (Weisz et al., 1996).

Похожие данные были также получены при сравнении ямайских и американских детей. Ямайцы придерживаются афробританской традиции, которая также нетерпима к негативным ответным реакциям, пестуя вежливость и почтительность. В соответствии с этим неудивительно, что ямайских детей чаще, чем американских, направляют в клиники при наличии сверхконтролируемого поведения, тогда как американцев чаще, чем ямайских, направляют на лечение в связи с недостаточно

Название расстройства	Культура	Описание
		тенсивна и характеризуется внезапным началом. Состояние «лечат» тем, что член пациента крепко удерживает либо он сам, либо члены его семьи, либо друзья. Часто бывает, что пенис прикрепляют к деревянному ящику
Виндиго	Индейские охотники-алгонкины	Реакция страха, при которой охотник приходит в состояние тревоги и ажитации, будучи убежден, что его околдовали. Страх центрируется на превращении в каннибала с силой монстра и ненасытной жаждой человеческой плоти
Кицунетзуки	Япония	Расстройство, при котором жертвы считают себя одержимыми лисами, поскольку некто велит им изменить выражение лица, чтобы походить на лис. Одержимыми часто становятся целые семьи, на которые община, в свою очередь, налагает проклятье. Эта реакция встречается в сельских местностях Японии, где люди суеверны и сравнительно необразованны
Тайджин куофушо (*TKS*)	Япония	Сравнительно распространенное в Японии психическое расстройство, при котором у индивида развивается страх оскорбить или обидеть других людей своей неуклюжестью в социальных ситуациях в силу мнимого физического дефекта или заболевания. На первый план выступает проблема чрезмерной озабоченности подачей себя в социальных ситуациях
Зар	Северная Африка и Средний Восток	Убежденность человека в своей одержимости духом и переживание диссоциативного эпизода, сопровождающегося криками, смехом, пением или плачем. Кроме того, человек может выказывать апатию и замкнутость, отказываться от еды и работы

Источник: по материалам Bartholomew, 1997; Chowdhury, 1996; Hatta, 1996; Kiev, 1972; Kirmayer, 1991, 1995; Lebra, 1976; Lewis & Ednie, 1997; Sheung-Tak, 1996; Simons & Hughes, 1985; American psychiatric association, 1994.

контролируемым поведением (Lambert, Weisz & Knight, 1989). В этих данных могут отражаться либо разная распространенность сверх- и недостаточно контролируемого поведения среди представителей разных наций, либо различия между оценкой ямайскими и американскими родителями расстройств, подлежащих лечению (Lambert et al., 1992).

Необходимость дальнейших кросс-культурных исследований

Все перечисленные данные иллюстрируют один важный момент: необходимость более пристального изучения культурных влияний на психопатологию. Эта мало изученная область исследований может, однако, дать ответы на многие вопросы об истоках и течении поведенческих проблем (Cohler et al., 1995; Marsella et al., 1985). Но даже при наличии солидных свидетельств о культурных влияниях на психопатологию профессионалы, возможно, не будут использовать соответствующие кросс-культурные знания при работе с психическими заболеваниями. Многие исследователи данного направления отмечали нежелание «основного костяка» психологов и психиатров включить кросс-культурную перспективу в свои изыскания и клиническую практику даже в случаях, когда их пациенты или субъекты происходят из иной культурной среды (например, Clark, 1987; Cohler et al., 1995; Kleinman, 1988). Такое явление существует вопреки растущему числу исследований, которые показывают, что пациенты предпочитают лечиться у терапевтов, происходящих из одной с ними этнической группы (или хотя бы у тех, кто знаком с их культурой) (Sue et al., 1991, Tharp, 1991; Yeh et al., 1994). В современном мире, с его мгновенной связью и скоростным транспортом, для нашей науки и профессии крайне важно мыслить в мировых масштабах. По сути, Кляйнман и Гуд (Kleinman & Good, 1985) придают культурным факторам огромное значение для нашего понимания депрессивных расстройств и настойчиво призывают психиатрическую общественность включить в диагностическую систему *DSM* еще одну ось, отражающую культурные факторы в психопатологии. Хотя этого пока не произошло, авторы *DSM-IV* (1994) дополнили ее приложением, в котором изложили пути учета культурных факторов при постановке психиатрического диагноза. Они также составили глоссарий культурно-специфических синдромов, которые встречаются, как правило, в отдельных обществах или культурных областях и описаны как «локализованные народные диагностические категории» (р. 844). Некоторые из них представлены в справке «Современная жизнь».

Социокультурные влияния в нашем обществе

Как отмечалось в главе 1, изучение частотности и распределения физических и психических расстройств в популяции (как в только что процитированном исследовании) называется *эпидемиологией*. Эпидемиологический подход подразумевает не только изучение социальных условий и зоны высокого риска, которые коррелируют с высокой частотностью отдельно взятых расстройств, но и группы особо повышенного риска в отношении развития психопатологии, например беженцев из других государств (Cohler et al., 1995; Vega & Rumbaut, 1991). По ходу изложения мы укажем многие группы высокого риска в отношении суицидов, наркозависимости и других дезадаптивных паттернов поведения. Эта информация образует

основу для составления профилактических и лечебных программ; в свою очередь, эффективность этих программ можно подвергнуть оценке.

С постепенным признанием социокультурных влияний то, что прежде имело отношение лишь к индивидуальным пациентам, рассматривается шире и включает в себя социальные, коммунитарные, семейные и другие групповые условия в качестве факторов, участвующих в психических расстройствах. Социокультурные исследования привели к созданию программ, призванных улучшить социальные условия, способствующие дезадаптивному поведению и психическим расстройствам, а также к появлению коммунитарных структур для раннего обнаружения, лечения и долгосрочной профилактики психических расстройств. В главе 18 мы изучим некоторые коммунитарные структуры и другие программы — государственные и частные, образованные в результате коммунитарных усилий.

Социокультурные каузальные факторы

Обсуждение социокультурных факторов, повышающих нашу уязвимость в плане развития анормального поведения, мы начнем с рассмотрения роли культуры при воздействии на паттерны поведения индивида. В силу своего темперамента, обусловливания и прочих индивидуальных факторов не все люди берут на вооружение господствующие культурные паттерны. Такое положение особенно характерно для западного общества, где нас окружают многочисленные конкурирующие ценности и паттерны. Мы также изучим ряд факторов социальной среды, способных повысить уязвимость: принадлежность к низкому социально-экономическому классу, чреватые расстройствами социальные роли, предвзятость и дискриминацию, экономические проблемы и безработицу, а также социальные перемены и неопределенность. Однако, как уже отмечалось, важно помнить, что идентификация подлинных причинных факторов в ходе социокультурных исследований оказывается еще более трудной, чем в ходе биологических или психосоциальных изысканий. Тем не менее документальное подтверждение связи между разнообразными социокультурными факторами и анормальным поведением позволяет сделать первый важный шаг к разработке гипотез о каузальных процессах.

Социокультурная среда

Во многом так же, как нам дается генетическая наследственность, которая есть конечный продукт миллионов лет биологической эволюции, мы получаем и социокультурное наследие, которое представляет собой конечный продукт многотысячелетней социальной эволюции. Значение этого наследия было прекрасно описано Олдосом Хаксли (Huxley, 1965): «Природные, или генетические, возможности смышленого городского ребенка сегодня не лучше природных способностей смышленого ребенка, рожденного в семье пещерных жителей верхнего палеолита. Но если даровитое дитя в наше время может, став взрослым, быть едва ли не кем угодно, например инженером-пресвитерианцем; марксистом, дающим фортепьянные концерты; профессором биохимии, который тяготеет к мистическому агностицизму и любит рисовать акварелью, то дитя палеолита, наверное, не сумело бы стать ни кем другим, кроме как охотником или собирателем пищи, орудующим грубей-

шими каменными инструментами и размышляющим о своем узком мире лесов и болот с позиции какой-нибудь туманной мистической системы. Древний и современный — два ребенка неразличимы... Но взрослые, в которых со временем вырастут дети, глубоко различны; и различаются потому, что в одном из них реализовалось очень немного, а в другом — большая часть того потенциала, что был от рождения заложен в ребенке» (р. 69).

Поскольку каждая группа воспитывает свои собственные культурные паттерны путем систематического обучения детей, постольку все ее члены оказываются в чем-то похожими — соответствующими определенным исходным типам личности. Дети, воспитанные среди охотников за головами, вырастают охотниками за головами; дети, воспитанные в обществе, не поощряющем насилие, научаются улаживать свои проблемы ненасильственными методами. Чем больше единообразие и доскональность образования, получаемого младшими членами группы, тем более они становятся похожими друг на друга. Поэтому в обществе, характеризующемся ограниченными и постоянными воззрениями, не бывает широких индивидуальных различий, которые типичны для нашего общества, где дети встречаются с разнородными, зачастую противоречивыми убеждениями. Однако даже в нашем обществе есть определенные основополагающие ценности, которые большинство из нас считают жизненно важными.

Подгруппы, существующие в пределах общей социокультурной среды — семейные, половые, возрастные, классовые, профессиональные, этнические и религиозные, — поддерживают свои собственные убеждения и нормы, преимущественно посредством социальных ролей, которые берут на себя их представители. Для студента, учителя, армейского офицера, священника, сиделки и прочих лиц существуют ожидаемые паттерны ролевого поведения. Коль скоро большинство людей являются членами разнообразных подгрупп, к ним предъявляются разнообразные ролевые требования, которые также меняются с течением времени. Фактически жизнь индивида можно рассматривать как последовательность ролей: ребенка, студента, работника, супруга, родителя и пожилого человека. Когда социальные роли пребывают в конфликте, неясны или неудобны, или когда индивид не способен добиться в группе удовлетворительной роли, здоровое развитие личности может быть нарушено в точности так же, как развитие ребенка, которого отвергают ювенильные группы сверстников.

Степень, в которой ролевые экспектации способны повлиять на развитие, хорошо иллюстрируется мужскими и женскими ролями в нашем обществе и их воздействием на развитие личности и поведение. В последние годы сочетание мужских и женских черт (андрогинность) было объявлено психологически идеальным как для мужчин, так и для женщин. Однако многие люди продолжают демонстрировать тот факт, что на них глубоко повлияли традиционно приписанные мужские и женские роли. Более того, растет число данных в пользу того, что принятие на себя гендерных ролей имеет серьезные последствия для психического здоровья. Исследования показывают, что слабая «маскулинность» связана с дезадаптивным поведением и уязвимостью перед расстройствами для любого биологического пола, что, может быть, вызвано тем, что это состояние тяготеет к прочной связи с недостаточным самоуважением (Carson, 1989). Боуком (Baucom, 1983), например, про-

демонстрировал, что женщины, принадлежащие к выраженному фемининному типу (слабая маскулинность), склонны отвергать возможности лидерства в групповых ситуациях, требующих решения проблем. Он уподобляет этот эффект приобретенной беспомощности, которая, как мы видели, в свою очередь выдвигалась как причинный фактор в развитии тревоги (Barlow, 1988; Mineka, 1985a; Mineka & Zinbarg, 1996) и депрессии (Abramson et al., 1978; Seligman, 1975). На фоне таких данных не слишком удивляет тот факт, что тревожные и депрессивные расстройства гораздо чаще встречаются у женщин (см. главы 5 и 6).

Патогенные социальные влияния

Есть много источников патогенных социальных влияний, одни проистекают из социоэкономических факторов, а другие — из факторов социокультурных, относящихся к ролевым экспектациям и деструктивным силам предвзятости и дискриминации. Некоторые из них будут проанализированы в нижеследующих разделах.

Низкий социально-экономический статус и безработица

В нашем обществе существует обратная корреляция между социально-экономическим статусом (СЭС) и распространенностью анормального поведения: чем ниже социально-экономический уровень, тем выше частотность анормального поведения (например, Kessler et al., 1994). Однако, похоже, что выраженность корреляции варьирует для разных типов расстройств. Например, асоциальное личностное расстройство прочно связано с социальным статусом и встречается среди малоимущих в 3 раза чаще, чем среди обеспеченных категорий. Тогда как депрессивные расстройства встречаются в среде малоимущих лишь на 50 % чаще, чем в категории граждан с наибольшими доходами (Kessler et al., 1994).

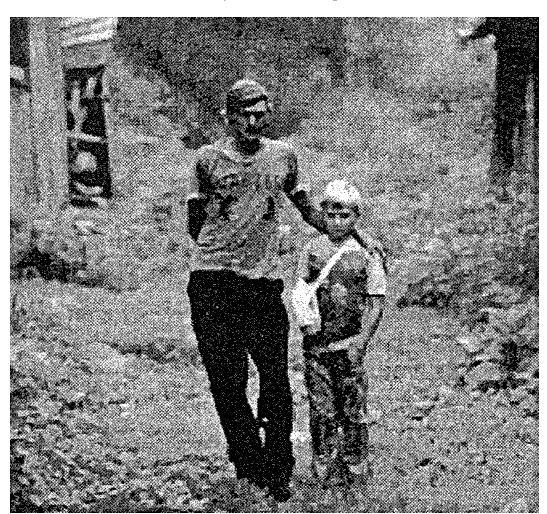
Всех причин обратной связи общего характера мы не знаем. Есть данные в пользу того, что некоторые люди, страдающие психическими расстройствами, опускаются на низшие ступени экономической лестницы и остаются там, так как не обладают экономическими или личностными ресурсами, чтобы взобраться обратно (Gottesman, 1991). У таких людей часто бывают дети, которые демонстрируют анормальное поведение по целому ряду причин, включая и биологические, такие как повышенный риск пренатальных осложнений, ведущих к низкому весу при рождении. В то же время более состоятельные люди в большей мере способны заручиться поддержкой или замаскировать свои проблемы. Кроме того, люди, живущие в нищете, почти наверняка сталкиваются с более многочисленными и тяжелыми стрессорами, чем люди среднего и высшего классов, и, как правило, располагают меньшими ресурсами, чтобы с ними справиться. Поэтому тенденция некоторых форм анормального поведения к более частому возникновению в низших социально-экономических слоях общества может быть, по крайней мере отчасти, связана с повышенным стрессом, который испытывают люди из группы риска (Gottesman, 1991; Hobfoll et al., 1995).

Больше проблем встречается и у детей из семей с низким СЭС. В ряде исследований была документально подтверждена прочная связь между нищенским положением родителей и более низким *IQ* у детей по крайней мере до 5-летнего возраста; причем наиболее пагубные эффекты на них оказывает постоянная нищета

(Duncan et al., 1994; McLoyd, 1998). Похоже, что это пагубное воздействие нищеты на когнитивное функционирование оказывается функцией многих факторов, связанных с нищетой, включая плохое физическое здоровье или низкий вес при рождении, повышенный риск пренатального воздействия наркотиков, повышенный риск отравления свинцом и меньшую когнитивную стимуляцию в домашних условиях (McLoyd, 1998). Кроме этого, Додж и его коллеги (Dodge et al., 1994) обнаружили, что низкий социально-экономический статус родителей в момент, когда дети находились в дошкольном возрасте, во многом предсказывал их реакции и агрессивные паттерны поведения в оценке учителей и сверстников в период последующих четырех лет. Тем не менее данные лонгитюдного исследования с участием детей из Бостонского гетто показали, что многие мальчики, несмотря на свое высоко рискованное социально-экономическое прошлое, оказались вполне благополучными, а вектор их развития был устремлен вверх. Лучшими показателями гибкости в данном случае выступали *IQ* в детстве и адекватное функционирование в школе, семье и в отношениях со сверстниками (Felsman & Valliant, 1987; Long & Valliant, 1984; Masten & Coatsworth, 1995).

Помимо изучения воздействия нищеты на детей, в других исследованиях были проанализированы влияния, которые оказывает на детей и взрослых безработица. В подобных исследованиях неоднократно раскрывалась связь безработицы с повышенной уязвимостью и, следовательно, с большей частотой случаев анормального поведения (Dew, Penkower & Bromet, 1991; Dooley & Catalano, 1980). Для многих людей экономический спад и инфляция в сочетании с высоким уровнем безработицы служат источниками хронической тревоги. Безработица легла тяжким грузом на значительную часть нашего общества, неся с собой финансовые невзгоды, снижение самооценки, деморализацию и эмоциональный дистресс. Безработица может оказать в психологическом отношении не менее пагубное влияние, чем в финансовом.

Изучение эффектов безработицы интенсивно велось в период Великой депрессии 1930-х годов (Eisenberg & Lazarsfeld, 1938), но интерес к этой теме угас в годы



В нашем обществе чем ниже социально-экономический уровень, тем выше частотность анормального поведения. Условия, в которых растут дети из низших слоев, препятствуют развитию навыков копинга. Однако многие индивиды, происходящие из неблагополучной социально-экономической среды, развивают в себе сильные, высокоадаптивные личностные черты и навыки.

экономического расцвета после Второй мировой войны. Однако он вспыхнул вновь в 1970-х и 1980-х годах, когда весь мир переживал тяжелый экономический кризис, а умеренно высокие уровни безработицы стали видеться неотъемлемым признаком современного общества. Недавние кризисы 1990-х годов сосредоточились вокруг воздействия реструктуризации и сокращения размеров корпораций на представителей среднего класса, которым приходилось подыскивать себе гораздо менее доходную работу, чем в прошлом. Конечно, мы даже не приблизились к решению проблем, порождающихся столь крупными экономическими сдвигами.

Периоды массовой безработицы обычно сопровождаются пагубными воздействиями на психическое и физическое здоровье. Так, на фоне безработицы возрастает частота депрессии, супружеских проблем и соматических заболеваний, которая, впрочем, снижается после предоставления новых рабочих мест (Dew et al., 1991; Jones, 1992). Дело не просто в том, что люди с неустойчивой психикой теряют работу. Так происходит даже в случаях, когда психическое состояние индивида учитывается в период, предшествующий безработице. Психологические и соматические нарушения тяжелее протекают в группах с низким социально-экономическим статусом (Jones, 1992). Представляется также, что с безработицей связано физическое насилие в браке, хотя направленность причинной связи остается неясной (Dew et al., 1991). Неудивительно, что жены безработных тоже претерпевают пагубное воздействие и характеризуются повышенной тревожностью, депрессивностью и враждебностью, и это, по крайней мере отчасти, вызывается дистрессом безработных мужей (Dew, Bromet & Schilberg, 1987). Кроме того, могут серьезно страдать и дети. В худших случаях безработные отцы подвергают детей жестокому обращению, связь которого с их безработицей документально подтверждена во многих исследованиях (Cicchetti & Lynch, 1995; Dew et al., 1991). В одном перспективном исследовании все дети, родившиеся в 1955 году на Кауай, Гавайя, наблюдались вплоть до достижения ими 18-летнего возраста (Werner & Smith, 1982). Одним из лучших прогностических факторов в отношении отличия детей (особенно мальчиков) с серьезными психическими проблемами или делинквентностью от нормальных детей была потеря или сохранение отцом своего рабочего места в период, когда ребенок еще был мал.

Потеря работы матерью тоже может оказывать пагубное воздействие, особенно если мать растит ребенка одна. Мак-Лойд и коллеги (McLoyd et al., 1994; McLoyd, 1998) обнаружили, например, что безработные матери-одиночки афроамериканского происхождения чаще наказывают своих детей в подростковом возрасте (в сравнении с работающими). Это в свою очередь приводит к возникновению у последних когнитивного дистресса и депрессивных симптомов.

Социальные роли, порождающие психические расстройства

Организованное и «продвинутое» общество иногда предлагает своим членам роли, в которых предписанные паттерны поведения либо сами являются девиантными, либо могут вызвать дезадаптивные реакции. У солдат, которых их командиры (в конечном счете, их общество) призывают намеренно убивать и калечить других людей, впоследствии может развиться серьезное чувство вины. У них также могут быть латентные эмоциональные проблемы, порожденные обычными ужасами сра-

жений, из-за чего они становятся уязвимыми перед психическими расстройствами. Как нация мы все еще боремся со многими проблемами подобного рода, распространившимися среди ветеранов вьетнамской войны (Kulka et al., 1990), и речь об этом пойдет в главе 4. Чувство вины за собственные зверства особенно подчеркивают ветераны Вьетнама.

Предвзятость и дискриминация по расовым, гендерным и культурным признакам

В нашем обществе огромные массы людей подвергались воздействию деморализующих стереотипов и открытой дискриминации в таких областях, как занятость, образование и обеспечение жильем. За период, прошедший с 1960-х годов, мы достигли прогресса в межрасовых отношениях, но почти в любом кампусе колледжей можно увидеть недоверие и дискомфорт, царящие среди разнообразных этнических и расовых групп. Большая часть студентов предпочитают неформально общаться лишь с представителями своих собственных субкультур, вопреки попыткам многих благонамеренных администраторов разрушить имеющиеся барьеры. Тенденция студентов избегать пересечения этих барьеров без необходимости ограничивает их учебный опыт и, вероятно, способствует стойким заблуждениям и предвзятости по отношению к другим. Предвзятость по отношению к группам меньшинств может играть свою роль в объяснении того, почему в них иногда обнаруживается повышенная распространенность определенных психических расстройств (Cohler et al., 1995; Kessler et al., 1994).

Мы достигли прогресса в признании унизительных и зачастую блокирующих социальных ролей, которые наше общество традиционно отводило женщинам. Однако многое еще только предстоит сделать в этом направлении. Как уже отмечалось, женщины гораздо чаще мужчин страдают разнообразными эмоциональными нарушениями, среди которых выделяются депрессия и многочисленные тревожные расстройства. Профессионалы, работающие в сфере охраны психического здоровья, видят в этом последствие как факторов уязвимости (таких, как пассивность и зависимость), свойственных традиционно женским ролям, так и, возможно, особым стрессорам, с которыми приходится справляться многим современным женщинам (выполнение материнских, хозяйственных и профессиональных обязанностей в полном объеме) по мере стремительного изменения традиционных ролей. Но следует отметить и то, что работа вне дома является, как было продемонстрировано, фактором защиты от депрессии, по крайней мере в некоторых обстоятельствах (например, Brown & Harris, 1978).

Социальные перемены и неопределенность

Частота и первазивность сегодняшних изменений отличаются от всего, что когдалибо приходилось испытывать нашим предкам. Затрагиваются все аспекты нашей жизни — наши образование, профессии, семьи, досуг, финансы, убеждения и ценности. Бесконечные попытки приспособиться к бесчисленным изменениям становятся источником постоянного и значительного стресса. Одновременно мы сталкиваемся с неизбежными кризисами по мере истощения естественных земных ресурсов и возрастающим загрязнением окружающей среды. В определенных

местностях растет число проблем, связанных с наркоманией и преступностью. Американцы больше не уверены в том, что будущее окажется лучше прошлого или что технологии сумеют разрешить все наши проблемы. Напротив, все говорит о том, что наши попытки справиться с существующими проблемами порождают новые проблемы, которые оказываются либо такими же трудными, либо еще сложнее. Возникающие в результате отчаяние, деморализация и ощущение беспомощности являются хорошо устоявшимися условиями, предрасполагающими к анормальным реакциям на стрессогенные события (Dohrenwend et al., 1980; Seligman, 1990, 1998).

Нерешенные проблемы:

Теоретические воззрения и причины анормального поведения

Взгляды, изложенные в этой главе, представляют собой теоретические построения, призванные служить психологам ориентирами при изучении анормального поведения. Как комплекс гипотетических рекомендаций каждое воззрение подчеркивает важность и целостность своей собственной позиции в отличие от других интерпретаций. Например, большинство психодинамически ориентированных клиницистов ценят традиционные труды и убеждения, согласующиеся либо с теорией Фрейда, либо с позднейшими психодинамическими теориями, и принижают или игнорируют значимость оппозиционных учений. Они, как правило, придерживаются предписанных правил психодинамической терапии и не прибегают к иным методам, таким, например, как десенсибилизирующая терапия.

Преимущества владения теоретическими взглядами

Теоретическая целостность и приверженность систематическому воззрению имеют ключевое преимущество: они обеспечивают последовательный подход как ориентир в практической или исследовательской деятельности. Однажды усвоенная, методология может вести практика или исследователя сквозь сложное хитросплетение человеческих проблем. Однако у приверженности той или иной теории есть и свои недостатки. Оставляя без внимания другие возможные объяснения, она способна ограничить взгляд исследователей, скрыть от них другие факторы, которые могут представлять не меньшую важность.

Но неоспорим и тот факт, что до сегодняшнего дня ни одной теории не удавалось охватить весь спектр аномалий — каждая теория ограничена фокусом своего внимания. В результате возникли две общие тенденции. Во-первых, первоначальная модель или теория может быть пересмотрена путем расширения или модификации некоторых элементов системы. Примеров таких корректирующих интерпретаций много: модификация теории Адлера, или Юнга, или Фрейда, или позже возникший когнитивно-поведенческий подход как модификация поведенческой терапии. Но многие из ранних теоретиков фрейдистского толка не принимают неофрейдистских дополнений, а многие сегодняшние терапевты, работающие по системе классического бихевиоризма, не принимают исправлений, предложенных когнитивными бихевиористами. Таким образом, вместо того чтобы ассимилироваться с предшествующими воззрениями, теоретические научные точки зрения множатся и сосуществуют — каждая со своими приверженцами.

Эклектический подход

В качестве альтернативы этой множественности аспекты двух или нескольких разнородных подходов могут объединяться в общий, эклектический подход. Как уже отмечалось, объяснения, опирающиеся на какую-то одну точку зрения, несомненно, окажутся недостаточными. Многие психологи отреагировали на существование многочисленных перспектив занятием эклектической позиции: они берут на вооружение работающие идеи из нескольких теоретических направлений и пользуются теми, которые находят полезными. Например, психолог, практикующий эклектический подход, может вооружиться каузальными объяснениями, взятыми из психодинамической теории, одновременно применяя техники снижения тревоги, берущие начало в поведенческой терапии. Другой психолог может сочетать техники когнитивно-поведенческого подхода с техниками интерперсонального подхода. Пуристы от психологии, те, кто отстаивает единственную точку зрения, скептически относятся к эклектизму, заявляя, что эклектическому подходу недостает цельности и что он превращает разные мероприятия в «лоскутное одеяло» со слабой рациональной основой и нелогичной практикой. Подобная критика может быть справедливой, однако для многих психологов этот подход, безусловно, эффективен.

Как правило, те, кто использует эклектический подход, не пытаются объединить теоретические направления. Несмотря на то что в практических условиях данный подход может работать, его недостаточно для теории, поскольку принципы, лежащие в его основе и происходящие из многих теоретических направлений, в этом случае оказываются несовместимыми. Поэтому эклектическому подходу еще очень далеко до конечной цели, которая состоит в преодолении теоретического хаоса и разработке единственного, всеобъемлющего, внутренне согласованного направления, которое точно отражало бы все наши эмпирические знания об анормальном поведении. Быть может, нереалистично ждать, что единичное теоретическое воззрение окажется настолько достаточным, чтобы объяснить анормальное поведение так, что будет возможно точно предсказать симптомы и причины отдельных расстройств. Тем не менее такая унифицированная точка зрения является вызовом для нового поколения теоретиков анормальной психологии.

Единый биопсихосоциальный подход

В настоящее время единственной попыткой создания такого единого направления служит *биопсихосоциальное направление*, и оно признает взаимодействие биологических, психосоциальных и социокультурных причинных факторов в развитии анормального поведения. Биопсихосоциальная модель была впервые сформирована для объяснения воздействия психологических и социокультурных факторов на физическое здоровье, а в настоящее время она стала господствующим воззрением в психологии здоровья и бихевиоральной медицине (см. главу 6). Однако сейчас она распространилась и на изучение многих других расстройств.

Биопсихосоциальная точка зрения хорошо согласуется с выводом, согласно которому большинство расстройств, особенно тех, которые развиваются по завершении детского периода, является результатом воздействия многих каузальных факторов: биологических, психосоциальных и социокультурных. Более того, для

каждого человека особое сочетание таких факторов может быть сравнительно уникальным или хотя бы не слишком широко разделяемым со многими людьми, страдающими тем же расстройством. Например, некоторые дети могут быть делинквентными из-за тяжелой наследственной отягощенности в плане антисоциального поведения, тогда как другие могут стать делинквентными под действием окружающей среды, проживая, допустим, в местности, где орудуют многочисленные бандитские группировки. Тем не менее мы все-таки обладаем научным пониманием многих причин анормального поведения даже в ситуации, когда бываем не в силах с точностью предсказать его для каждого отдельного случая и часто обладаем довольно многочисленными «необъяснимыми» влияниями.

Резюме

В большинстве случаев возникновение анормального, или дезадаптивного, поведения является совокупным продуктом уязвимости (диатеза) человека перед расстройством и действия определенных стрессоров, которые бросают вызов его противоборствующим ресурсам. Указанные факторы могут быть необходимыми или способствующими, но в целом недостаточными для того, чтобы вызвать расстройство. В этой главе рассмотрены некоторые главные способствующие каузальные влияния. Мы также различаем отдаленные и ближайшие причинные факторы. Кроме того, существует множество защитных факторов, которые могут содействовать более позитивным исходам развития даже у лиц, предрасположенных к расстройству.

Как отдаленные (долгосрочные), так и ближайшие (непосредственные) причины психических расстройств могут подразумевать участие биологических, психосоциальных и социокультурных факторов. Эти три класса факторов могут вступать друг с другом в сложное взаимодействие. В настоящее время имеются различные точки зрения на интерпретацию и лечение анормального поведения. Мы обсудили биологическое, психосоциальное и социокультурное воззрения, каждое из которых стремится акцентировать значимость каузальных факторов того же типа.

Ранние биологические воззрения фокусировались на поражении мозга как модели для понимания анормальности. Современная биологическая мысль в случаях, когда речь идет о психических расстройствах, больше сосредоточена на биохимических процессах мозга, а также на других, более тонких, формах мозговой дисфункции. При анализе биологически обусловленной уязвимости перед расстройствами мы должны учитывать генетическую отягощенность (включая хромосомные аберрации), мозговую дисфункцию и пластичность нервной системы, физическую депривацию и темперамент. Исследования, предпринятые в этой области, весьма перспективны в плане обогащения наших знаний о взаимодействии сознания и тела, приводящем к дезадаптивному поведению.

Психосоциальные воззрения на анормальное поведение, которые больше касаются не биологии, а психологии человека, по необходимости более дифференцированы, чем биологическое направление. Самое старое из этих направлений — психоаналитическая теория Фрейда. На протяжении многих лет ее приверженцев интересовали вопросы об энергетических импульсах либидо и их сдерживании,

однако позднее под влиянием теории объектных отношений в этом направлении наметился отчетливый социальный, или интерперсональный, уклон. Теоретики объектных отношений подчеркивали важность, которую имеет для нормального развития качество очень ранних (доэдиповых) отношений между матерью и ребенком. Разработчики интерперсонального направления были отступниками, вышедшими из кругов последователей Фрейда; они возражали против акцента Фрейда на внутренних детерминантах мотивации и поведения. Теоретики данного направления подчеркивали, что важные аспекты человеческой личности имеют социальное, или интерперсональное, происхождение. С этой точки зрения прошлые или настоящие неудовлетворительные отношения видятся исходными причинами дезадаптивных паттернов поведения. Психоанализ и близкие к нему подходы называются психодинамическими в знак признания их внимания к внутренним, зачастую бессознательным, силам.

Поведенческий взгляд на анормальное поведение, уходящий своими корнями в стремление превратить психологию в объективную науку, с трудом преодолевал господствовавшую психодинамическую необъективность, но в последние 30 лет обозначился как значительная сила. Бихевиоризм фокусируется на роли научения в поведении человека. Он рассматривает дезадаптивное поведение либо как неспособность к научению должным паттернам поведения, либо как научение его дезадаптивным паттернам.

Когнитивно-поведенческое направление, первоначально бывшие ответвлением (и отчасти реакцией против) поведенческого подхода, пытается перевести сложности человеческой когниции в строгие рамки информационной обработки. Это направление считает необходимым изменение дезадаптивного мышления и улучшение способности индивида к решению проблем и планированию.

В отношении психосоциально обусловленных причин или источников уязвимости перед расстройствами ситуация несколько сложнее, чем в случае с биологическими причинами. Однако ясно, что схемы, отображающие других людей, и схемы Я играют главную роль в том, как люди обрабатывают информацию, а также в характере их атрибуций и ценностей, связанных с окружающим миром. Представляется, что эффективность, точность и логичность схем внешнего мира и схем Я являются серьезной защитой от срывов. К источникам психосоциально обусловленной уязвимости относятся ранняя социальная депривация или тяжелая эмоциональная травма, неадекватные стили воспитания, супружеские разногласия и развод, дезадаптивные отношения со своим окружением.

Социокультурное направление озабочено социальной средой как фактором, способствующим развитию психических расстройств, поскольку социокультурные переменные тоже являются важными источниками уязвимости перед ними или, напротив, резистентности к ним. Частотность отдельных расстройств широко варьирует в разных культурах. К сожалению, нам мало известно о специфических факторах, участвующих в этих вариациях. В нашей культуре определенные предписанные роли, например гендерные, представляются более предрасполагающими к расстройствам, нежели другие. Низкий социально-экономический статус также сопряжен с большим риском развития разнообразных расстройств, возможно, потому, что экономически бедствующим семьям часто бывает трудно обеспечить сво-

их детей достаточными ресурсами копинга. Кроме того, определенные роли, порождаемые отдельно взятыми культурами, сами по себе могут быть дезадаптивными, а некоторые значительные культурные тенденции, например стремительный технический прогресс, могут усиливать стресс, одновременно снижая эффективность традиционных ресурсов копинга.

Подобные открытия показывают, что мы все еще далеки от цели, состоящей в исчерпывающем познании анормального поведения. Многие существующие теоретические направления дали нам старт, и старт неплохой, однако не оправдали ожиданий. Чтобы приобрести более полное понимание психических расстройств, нам нужно обратиться к множеству источников, включая данные генетики, биохимии, психологии, социологии и так далее. Наиболее близок к цели биопсихосоциальный подход, но он во многом представляет собой просто описательное признание этих сложных взаимодействий, нежели четко сформулированную теорию их механизма. Задача будущих поколений теоретиков: разработать общую теорию психопатологии, если такое вообще возможно.

ГЛАВА 4

Стресс и расстройства приспособления

Наверное, нет необходимости лишний раз говорить, что в нашей жизни бывают стрессовые ситуации. Каждому человеку они предъявляют различные требования к приспособлению, и любой из нас может не выдержать, если обстоятельства будут складываться неблагоприятно. В условиях изматывающего стресса даже у ранее стабильного индивида могут развиться преходящие (транзиторные) психологические нарушения, и он утратит способность получать удовольствие от жизни (Berenbaum & Connelly, 1993). Этот срыв может оказаться внезапным, как в результате несчастного случая или пожара, или развивается постепенно в ситуации распадающегося брака или иных интимных отношений, когда человек длительное время пребывает в напряжении, а его самоуважение постоянно находится под ударом. Чаще всего человек выздоравливает, как только разрешается стрессовая ситуация, хотя в некоторых случаях возможно стойкое повреждение Я-концепции и повышенная уязвимость перед лицом определенных стрессоров. Сегодняшний стресс может обернуться завтрашней уязвимостью. Конечно, если человек с самого начала отличается чрезмерной ранимостью, то стрессовая ситуация может ускорить развитие более серьезной и длительной психопатологии.

Глава 3 была посвящена проблеме диатеза, или уязвимости, одной половине диатезо-стрессовой модели анормального поведения. Мы видели, что наша уязвимость, будь то биологическая или психологическая, может предрасположить нас к развитию анормального поведения. В этой главе будет рассмотрена роль стресса как причинного фактора, ускоряющего возникновение патологии. Мы увидим, что иногда воздействие стресса зависит не только от его тяжести, но и от уже заранее сформировавшейся уязвимости индивида. Здесь важно помнить, что многие факторы, способствующие диатезу, являются также источниками стресса. Это особенно относится к психосоциальным факторам: эмоциональной депривации, неадекватному воспитанию и тому подобным аспектам. В этой главе наше внимание будет обращено на ускоряющую (катализирующую) природу стресса; в главе 3 рассматривалась его предрасполагающая природа. Однако, читая эту главу, помните, что люди не одинаковы в том, как они воспринимают, интерпретируют и борются со стрессом и травмирующими событиями.

Научные данные и клинические наблюдения, касающиеся связи между стрессом и психопатологией, настолько весомы, что в настоящее время роль стрессоров в развитии симптомов заболевания официально подчеркнута в диагностических

заключениях. Например, в *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) диагност, пользуясь IV осью, может уточнить, с какими конкретными психосоциальными стрессорами сталкивается человек. Шкала IV оси особенно полезна, когда речь идет о трех категориях I оси: расстройстве приспособления, остром стрессовом расстройстве и посттравматическом стрессовом расстройстве (остром, хроническом или отсроченном). Эти расстройства подразумевают паттерны психологических и поведенческих нарушений, которые возникают в ответ на воздействие идентифицируемых стрессоров. Главные различия между ними состоят не только в тяжести нарушений, но и в характере стрессоров, а также в продолжительности развития расстройства. В перечисленных случаях можно предположительно идентифицировать стрессоры как причинные факторы и, пользуясь IV осью, уточнить их особенности.

В этой главе мы сначала остановимся на сущности стресса, на факторах, которые на него влияют, и формах наших реакций на него, сосредоточиваясь на особых ситуациях, которые влекут за собой тяжелый стресс, и на их последствиях для физического здоровья и приспособления. Затем мы проанализируем тяжелые, катастрофические стрессовые ситуации, которые ускоряют развитие посттравматических стрессовых расстройств. В последней части главы мы рассмотрим попытки работников охраны психического здоровья вмешаться в стрессовый процесс либо с целью предотвращения стрессовых реакций, либо, если они уже развились, для снижения их интенсивности и продолжительности.

Что такое стресс?

Жизнь была бы поистине простой, если бы все наши потребности автоматически удовлетворялись. В действительности, однако, такому идеальному положению вещей препятствуют многие обстоятельства как личностного, так и средового характера. Мы можем оказаться недостаточно высокими для профессионального баскетбола или же располагать меньшей суммой денег, чем нам нужно. Такие препятствия вынуждают нас приспосабливаться и могут довести до стресса. Термином «стресс» обычно обозначались как требования к организму, предъявляемые приспособлением, так и внутренние биологические и психологические ответные реакции организма. Во избежание путаницы мы будем называть требования приспособления **стрессорами**; эффекты, которые они вызывают в организме — **стрессом**, а усилия, направленные на преодоление стресса, — **стратегиями копинга**. Отметьте, что разграничение этих конструктов, как указал Нойфельд (Neufeld, 1990), несколько произвольно: стресс — побочный продукт плохого или неадекватного копинга. Однако в исследовательских целях определение различия между стрессом и стрессорами может оказаться продуктивным. В конце концов, все, о чем следует помнить, — это взаимосвязь и взаимозависимость двух понятий: стресса и копинга.

Любые ситуации, позитивные и негативные, требующие приспособления, могут оказаться стрессовыми. Таким образом, согласно канадскому физиологу Гансу Селье (Selye, 1956, 1976a), понятие стресса можно далее подразделить на **эустресс**

(позитивный стресс) и **дистресс** (негативный стресс). (В большинстве случаев стресс, переживаемый на свадьбах, является эустрессом, а на похоронах — дистрессом.) Оба типа стресса истощают ресурсы и навыки копинга, хотя дистресс, как правило, способен принести больший вред. В следующих разделах мы рассмотрим: 1) категории стрессоров, 2) факторы, предрасполагающие человека к стрессу, и 3) неповторимые и изменчивые паттерны стресса, которыми отличается жизнь каждого человека.

Категории стрессоров

Требования к приспособлению, или стрессоры, проистекают из источников, которые подпадают под три основные категории: 1) фрустрации, 2) конфликты и 3) прессинг. Эти категории, хотя мы и будем рассматривать их раздельно, тесно взаимосвязаны.

Фрустрации

Когда человек обманывается в своих ожиданиях либо в силу препятствий, которые мешают ему продвигаться к желаемой цели, либо из-за отсутствия последней, наступает фрустрация. Человеку особенно трудно справиться с фрустрациями, так как они часто ведут к самоуничижению, заставляя его ощутить себя неудачником или некомпетентной личностью. Молодой человек, знакомый одного из авторов, был настолько фрустрирован своими финансовыми проблемами, занятостью на двух работах и учебой, что бросил университет, сказав товарищу: «Мне этого больше не вынести!»

К фрустрации может привести широкий круг препятствий — как внешних, так и внутренних. Предвзятость и дискриминация, несостоятельность на работе и смерть близкого человека — обычные источники фрустрации, берущие начало в окружающей среде; физические изъяны, ограниченная способность к выполнению определенных задач, одиночество, вина и неадекватный самоконтроль служат источниками фрустрации, основанной на личностных ограничениях.

Конфликты

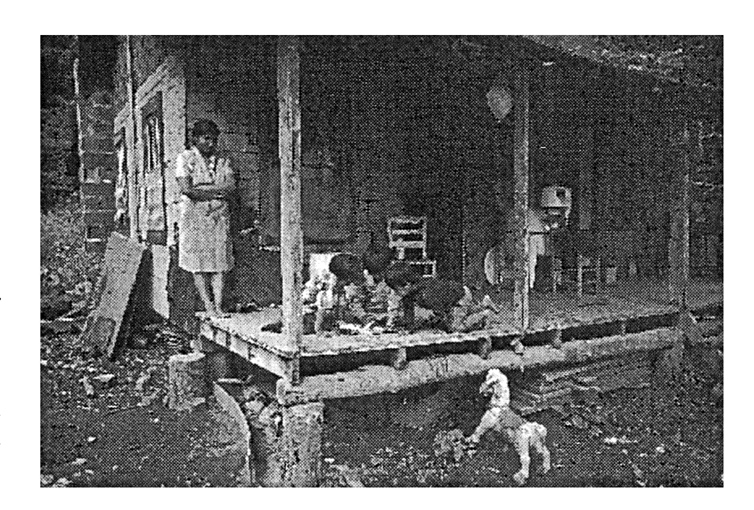
Во многих случаях стресс является результатом одновременного возникновения двух или нескольких несовместимых потребностей, мотивов: требования одних препятствуют удовлетворению других, например в ситуации, когда женщина любит свою работу, но должна выбирать между семьей и повышением по службе. По сути, она стоит перед выбором и, пытаясь принять решение, переживает конфликт. Конфликты, с которыми приходится иметь дело каждому, можно классифицировать как *конфликты приближения—избегания, двойного приближения* и *двойного избегания* (табл. 4.1).

Подобная классификация конфликтов несколько произвольна, а разнообразные комбинации различных типов, скорее, правило, нежели исключение. Таким образом, конфликт двойного приближения, связанный с двумя путями построения карьеры, может обладать и аспектами приближения—избегания в силу ответственности, которую возлагает каждый из вариантов. Независимо от того, как мы классифицируем конфликты, они представляют собой серьезный источник стресса, интенсивность которого часто приводит к истощению сил.

Таблица 4.1

Классификация конфликтных ситуаций

1. *Конфликты приближения—избегания* сопровождаются выраженной тенденцией к приближению и избеганию одной и той же цели. Мэри предложили привлекательную новую работу в другом департаменте компании, где она служила. Это место она ждала уже несколько лет, и новая должность означала солидную прибавку в жалованье и большие преимущества. К несчастью, ее бывший муж, с которым ранее у нее были очень сложные отношения, тоже работает в этом департаменте. Мэри, когда ей приходится иметь с ним дело, приходит в крайне подавленное состояние духа и опасается, что рабочая атмосфера окажется невыносимой.
2. *Конфликты двойного приближения* подразумевают выбор между двумя или несколькими желанными целями. Хотя такое переживание способно вызвать, скорее, эустресс, чем дистресс, стресс все-таки присутствует, и выбор — труден. В любом случае человеку приходится от чего-то отказываться. Чарльз Дж. поставлен перед выбором решения, которому многие позавидовали бы, но который обеспечил ему много бессонных ночей. Он был допущен к двум почти одинаково привлекательным выпускным программам. Одна из них осуществляется в высоко престижном университете, выпускники которого получают впоследствии лучшие назначения. Другой институт также пользуется большим уважением (не столь глубоким, как первое заведение) и предлагает именно ту специализацию, к которой стремился Чарльз, обладавший выдающимися способностями. Выбор одного означает, разумеется, отказ от другого. Он колебался между двумя возможностями, менял свое решение каждые пять минут.
3. *Конфликтами двойного избегания* являются те, что сопровождаются выбором между нежеланными альтернативами. Ни один вариант не принесет удовлетворения, поэтому задача сводится к отысканию наименее неприятного сценария действий, то есть — наименее стрессового. Мать Дженни выслала ей авиабилет, чтобы та попала на «важную» семейную встречу. К такого рода мероприятиям у дочки выработалось стойкое презрение. Она обдумывает план действий, который находит очень непривлекательным: солгать, сказав, что она крайне занята и не сможет прилететь. Дженни знает, что если не исполнит просьбу матери, ей здорово влетит, но семейные встречи стали для нее чересчур стрессовыми.



Жизнь в крайней нищете при недостатке жизненных ресурсов может стать сильнейшим стрессором для человека любого возраста, но особенно — для детей.

Прессинг

Стресс может проистекать не только из фрустраций и конфликтов, но также из прессинга, связанного с достижением отдельных целей или определенным поведением. В целом прессинг понуждает нас прибавить темп, интенсифицировать усилия или изменить направление целенаправленного поведения. Все мы ежедневно сталкиваемся со многими ситуациями прессинга и часто справляемся с ними без особого труда. Но иногда прессинг серьезным образом истощает наши копинговые ресурсы, а если становится чрезмерным, то может приводить к дезадаптивному поведению.

Прессинг может быть вызван внешними и внутренними источниками. Студенты, например, испытывают настоятельную необходимость в хороших оценках, ибо того требуют их родители, или же могут подпадать под прессинг из-за желания попасть в аспирантуру. Многочасовая зубрежка, экзаменационное напряжение и длительная концентрация усилий с годами могут привести многих из них к серьезному стрессу. Многие студенты, готовясь к таким важным, судьбоносным испытаниям, как Государственные выпускные экзамены (*GRE*) или экзамены при поступлении в медицинский институт (*MCAT*), испытывают значительную тревогу по мере приближения экзаменационного дня. Пятьдесят абитуриентов-медиков сообщили о выраженной тревоге за 17 дней до и через 17 дней после *MCAT*. Тревожные переживания были интенсивнее в дни, предшествовавшие экзамену, а самый высокий уровень тревоги они испытывали накануне (Bolger, 1990). В условиях сильного стресса люди, склонные справляться с ним путем перенапряжения защитных механизмов, таким как принятие желаемого за действительное или самообвинение, чаще демонстрировали дезадаптивное поведение и повышенную тревогу. Однако не создавалось впечатления, что ответы на экзамене были связаны с применением разнообразных стратегий копинга, призванных преодолевать стресс; то есть те студенты, которые практиковали дезадаптивные паттерны поведения, выглядели на экзамене не хуже прочих.

Глубоко стрессогенными могут быть и профессиональные требования, которые во многих случаях оказываются жесткими с точки зрения ответственности, времени выполнения работы (Snow & Kline, 1995). Хотя мы произвольно разбили стресс на три категории, оказывается, что в данной ситуации могут присутствовать элементы из всех трех категорий. Это иллюстрируется следующим примером.

Разбор случая: отчаявшийся абитуриент. Слушатель медицинских подготовительных курсов, всю жизнь мечтавший стать врачом, получил отказные письма из всех медицинских институтов, в которые подал заявления. Этот неожиданный удар поселил в нем чувства депрессии и опустошенности. Он ощущал себя глубоко фрустрированным своей неудачей, а также переживал конфликт, не зная, что ему делать дальше. Юноша испытывал прессинг со стороны семьи и друзей, побуждавших его сделать еще одну попытку, но в то же время был выбит из колеи ощущением неудачи. Ему было так горько, что он хотел бросить все и стать пляжным бездельником или крупье в Лас-Вегасе. Потеря самоуважения, которую он испытывал, привела к отсутствию у него каких-либо реалистичных запасных выходов при малом интересе к альтернативным карьерным возможностям.

Хотя в любой ситуации может преобладать какой-то отдельный стрессор, нам редко приходится иметь дело с изолированными требованиями. Вместо этого мы, как правило, сталкиваемся с постоянно меняющимся паттерном взаимосвязанных и порой противоречивых требований.

Факторы, предрасполагающие человека к стрессу

Тяжесть стресса определяется степенью, в которой он нарушает функционирование. Фактическая степень реального или грозящего нарушения частично зависит от особенностей стрессора, а частично — от ресурсов индивида, как личностных, так и ситуационных, позволяющих удовлетворить требования, следующие из стресса, и связи между первыми и вторыми. Любой из нас сталкивается со своим собственным уникальным паттерном приспособительных требований. Это обстоятельство отчасти связано с тем, что люди по-разному воспринимают и интерпретируют одни и те же ситуации, но объективно верно и то, что не найти двух людей, которые бы столкнулись с абсолютно одинаковым паттерном стрессоров. В следующих разделах мы проанализируем факторы, предрасполагающие индивидов к неудовлетворительной реакции на внешние требования. Затем мы разберем способы, которыми люди преодолевают стрессовые ситуации.

Природа стрессора

Воздействие стрессора зависит от широкого ряда факторов, среди которых: его значимость для индивида; продолжительность воздействия; кумулятивный эффект, оказываемый стрессорами на жизнь индивида; сочетание этого стрессора с другими; «естественное» или искусственное его происхождение и место в жизни индивида, а также контролируемость или неконтролируемость стрессора с точки зрения жертвы. Хотя малейшие стрессоры, как, например, потеря ключей, могут разрешаться сами собой, другие, затрагивающие важные аспекты жизни, — смерть близкого человека, развод, потеря работы или тяжелая болезнь, — для большинства людей оказываются глубоко стрессогенными. Более того, чем дольше действует стрессор, тем тяжелее его последствия. Длительное истощение, например, вызывает стресс более интенсивный, чем временная усталость. Кроме того, стрессоры вызывают кумулятивный эффект (Singer, 1980). Супружеская пара может сохранять мирные отношения по ходу затяжной череды мелких неурядиц и фрустраций лишь с тем, чтобы разорвать их, когда преципитирующий стрессор окажется последней каплей. Иногда случается, что основные стрессоры сосредоточиваются вокруг затяжной, трудной жизненной ситуации человека. Они в этом случае считаются хроническими, или затяжными. Человека может фрустрировать скучная и неблагодарная работа, от которой ему на первый взгляд никуда не деться; он может годами страдать из-за неудачного и конфликтного брака или быть глубоко фрустрированным в силу физического увечья или продолжительной болезни.

Кроме того, есть разница между одномоментным и постепенным воздействием целого ряда стрессоров. Если у человека развивается сердечный приступ, он теряет работу, а сына арестовывают за торговлю наркотиками, и все это обрушивается на него одновременно, то возникающий в результате стресс будет намного тяжелее, чем был бы, произойди эти события порознь.

Наконец, симптомы стресса интенсифицируются, когда человек глубже вовлекается в непосредственно травмирующую ситуацию. Пайнус с коллегами (Pynoos et al., 1987) предприняли экстенсивное исследование симптомов стресса у детей и их поведения спустя месяц после перестрелки на школьном дворе (один ребенок был убит и несколько детей ранены). Опросу подверглись в общей сложности 159 школьников. Дети пережили стресс различного уровня в зависимости от того, где находились в тот момент: на площадке, в школе, по соседству, на пути домой, отсутствовали на занятиях или пребывали за пределами данной местности. Самые тяжелые симптомы отмечались у детей, находившихся на спортплощадке и оказавшихся ближе других к стрельбе, тогда как у детей, отдыхавших на каникулах или отсутствовавших в школе во время стрельбы, никаких симптомов не было.

Переживание кризиса

Большинство из нас время от времени переживают периоды особенно острого (внезапного и интенсивного) стресса. Термин **кризис** используется для обозначения периодов, когда стрессовая ситуация приближается или превосходит индивидуальные или групповые адаптивные возможности. Кризисы часто бывают особенно стрессогенными потому, что стрессоры оказываются настолько мощными, что наши обычные техники копинга не срабатывают. Некоторые известные специалисты видят различия между стрессом и травмой в следующем: травмирующая ситуация истощает способности человека к борьбе, тогда как стресс не всегда изматывает индивида.

Кризис может возникнуть как результат болезненного развода, стихийного бедствия, например наводнения, а также вследствие травмы или болезни, которая требует сопряженной с трудностями реорганизации всей жизни человека и пересмотра его Я-концепции. В жизни любого человека подобные кризисы случаются, как правило, в среднем от одного раза в десять лет до одного раза в два года. В недавнем обзоре Эллиотта (Elliott, 1997) указывалось, что у 72% лиц из большой случайной выборки взрослых граждан США в прошлом, по их словам, имела место та или иная травма. В другом исследовании было обнаружено, что травматическими симптомами часто (23,1%) сопровождаются дорожно-транспортные происшествия (Ehlers, Mayou & Bryant, 1998).



Травма в результате внезапных и разрушительных стихийных бедствий способна породить интенсивный стресс, особенно у детей, как видно по этому мальчику, которого опустошительная буря лишила дома и большей части имущества.

Исход таких кризисов оказывает глубокое влияние на последующее приспособление человека. Если кризис приводит к разработке человеком нового эффективного метода копинга, возможно, посредством присоединения к физкультурной или социальной группе, то он может выйти из кризиса приспособленным даже еще лучше, чем до него. Если кризис повреждает способность человека справляться с похожими стрессорами в будущем и он постоянно ожидает неудачи, то в этом случае общее приспособление пострадает. По этой причине важным элементом в современных лечебных и профилактических подходах стало **кризисное вмешательство** — оказание психологической помощи в периоды тяжелого и специфического стресса. В главе 18 мы подробнее обсудим такие вмешательства.

Жизненные перемены

Важно помнить, что даже такие позитивные жизненные изменения, как долгожданное повышение по службе или вступление в брак, налагают на нас новые требования и потому могут повлечь за собой стресс. Наша психосоциальная среда (к которой относятся дружеские связи, профессиональные отношения и социальные ресурсы) может играть существенную роль в порождении или ускорении развития расстройств, в том числе и биологически обусловленных, таких, например, как биполярное расстройство (Johnson & Miller, 1997) (см. главу 6). Чем стремительнее перемены, тем больше стресс. Первоначальные усилия, направленные на изучение жизненных перемен, сосредоточивались на разработке шкал, по которым можно было бы измерить связь, существующую между стрессом и возможными физическими и психическими расстройствами. Например, одной из таких попыток была разработка Холмсом и его коллегами (Holmes & Rahe, 1967; Rahe & Arthur, 1978) Шкалы оценки социальной перестройки как метода объективного измерения кумулятивного стресса, которому человек подвергался на протяжении определенного периода времени. Жизненный стресс по этой шкале измеряется в «единицах изменения жизни» (ЕИЖ): чем к большему стрессу приводит событие, тем больше ЕИЖ оно набирает. На максимуме шкалы «смерть супруга» оценивается в 100 ЕИЖ, а «развод» — в 73 ЕИЖ; на минимуме шкалы «отпуск» оценивается в 13 ЕИЖ, а «мелкие правонарушения» — в 11 ЕИЖ. Холмс с коллегами обнаружили, что люди, у которых в последние месяцы показатели ЕИЖ составляли 300 и выше, подвергались значительному риску развития в ближайшие два года серьезного заболевания. В другом случае Горовиц и его коллеги (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) разработали Шкалу событийных влияний. По этой шкале реакция человека на стрессовую ситуацию измеряется путем идентификации стрессора и последующей постановки серии вопросов для определения стиля копинга.

Эти шкалы жизненного стресса подверглись критике за созданные ими многочисленные методологические проблемы. Например, прозвучал ряд критических замечаний в адрес позиций, отобранных для различных шкал, субъективности количественной оценки, невозможности учета релевантности позиций для изучаемых популяций, а также сомнений в связи с опорой на воспоминания субъектов о событиях (Monroe & Simons, 1991). Наверное, самым проблематичным аспектом шкал жизненных событий является то, что они выступают лишь общими индикаторами дистресса и не дают никакой полезной информации об отдельных типах расстройств. Другой их недостаток заключается в том, что они измеряют не реакции

на специфические внешние события, а хронические проблемы (Depue & Monroe, 1986; Monroe, Roberts, Kupfer & Frank, 1996). Но вопреки недостаткам шкал, предназначенных для измерения жизненных стрессоров, их применение позволяет сделать вывод о стрессогенности жизненных перемен (Maddi, Bartone & Puccetti, 1987).

Еще один подход к оценке значимых жизненных событий, снискавший повышенное внимание со стороны исследователей, — Перечень жизненных событий и трудностей по Брауну и Харрису, а также Брауну и Морану (Brown & Harris, 1989; Brown & Moran, 1997). Этот подход подразумевает полуструктурированное интервью, которое помещает переменные оценки жизненных событий в четко определенный контекст с целью повысить межоценочную надежность. Данный метод позволяет более четко оценить значение события для индивида. Хотя он занимает больше времени и требует больших расходов с точки зрения профессиональных усилий, необходимых для его реализации, итоговые оценки оказываются надежнее тех, что выводятся при помощи других подходов.

Восприятие стрессора индивидом

Большинство из нас хорошо знают, что в некоторых случаях то, что становится стрессором для одного индивида, для другого оказывается захватывающим переживанием. Кто-то ищет возможности выйти на сцену; других она приводит в ужас. Различные реакции людей на окружающие события отчасти объясняются восприятием ситуации: одно и то же событие по-разному интерпретируется различными людьми. В недавнем исследовании Кларка, Салковскиса, Оста и коллег (Clark, Salkovskis, Ost et al., 1997) было обнаружено, что лица, подверженные развитию сердечных приступов, склонны интерпретировать телесные ощущения катастрофичнее, чем пациенты, у которых этих приступов не бывает. Человек, который чувствует себя измотанным и беспокоится, что не сумеет справиться со стрессором, скорее испытает негативные последствия ситуации, чем человек, ощущающий в себе способность с ней совладать. Например, мать троих детей, измотанная ощущением неуправляемости своих непослушных мальчишек, но оставляющая их дома одних, скорее будет переживать негативные последствия, чем мать, испытывающая такой же стресс и остающаяся дома с детьми.

Часто бывает, что непредвиденные требования нового приспособления (для которых у нас нет под рукой готовых стратегий копинга) подвергают человека тяжелому стрессу. Опустошительный пожар и нанесенный им ущерб — не то событие, с которым каждый умеет справляться. Однако тренинг работников спасательных служб, полицейских и пожарных, которым приходится постоянно сталкиваться со стрессом, состоит в неоднократном представлении контролируемых или специально изобретенных стрессоров до тех пор, пока у них не выработается уверенность в себе даже перед лицом экстремальных ситуаций. Аналогичным образом восстановление после стресса, вызванного обширным хирургическим вмешательством, можно заметно ускорить, если заранее объяснить больному, какие ожидания будут реалистичными (Leventhal, Patrick-Muller & Lebenthal, 1998; MacDonald & Kuiper, 1983). Понимание природы стрессовой ситуации, подготовка к ней и осведомленность о ее продолжительности смягчают тяжесть развивающегося стресса.

Сказанное относится к двум крупным ядерным катастрофам, свидетелем которых стал наш мир: к Чернобыльской катастрофе в Советском Союзе, произошед-

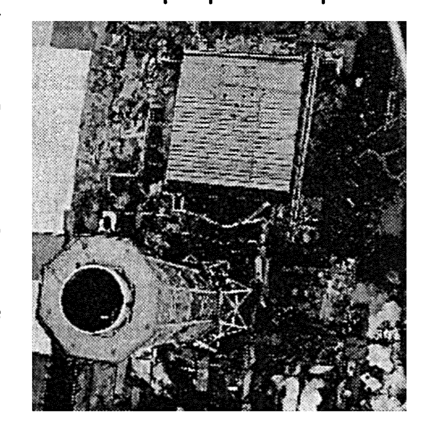
шей в 1986 году, и аварии на АЭС Три Майл Айленд в Пенсильвании в 1979 году. Кощеев (Koscheyev, 1990) сообщил о высоком уровне стресса и ослабленном психологическом функционировании, которые отмечались у работников станции после Чернобыльской катастрофы. Год спустя психологические симптомы отмечали у себя 60 % работников. У жертв ядерной аварии на АЭС Три Майл Айленд через год наблюдались физические последствия, например повышенное артериальное давление (Baum, Gatchel & Schaeffer, 1983). (См. справку 4.1.)

Извлечение некоторой пользы из бедствия, какой может быть, например, сплочение семьи перед лицом трагедии, способно в чем-то смягчить последствия травмы и облегчить приспособление к обстоятельствам. Конечно, к одним стрессорам труднее адаптироваться или аккомодироваться, чем к другим. Недавнее исследование, выполненное Мак-Милланом, Смитом и Фишером (McMillan, Smith & Fisher, 1997), показало, что индивидуальная способность извлечь некую выгоду из

СПРАВКА 4.1

Отдаленные последствия для здоровья жертв ядерной катастрофы

В апреле 1986 года авария на Чернобыльской АЭС, расположенной на Украине, привела к утечке радиации, уровень которой в 65 000 раз превышал таковой при аварии на американской АЭС Три Майл Айленд. Работники АЭС и команда ремонтников, проводившая работы по герметизации энергоблока и обеспечению безопасности других реакторов во избежание дальнейшего ущерба, оказались в страшной опасности. Операторы АЭС, некоторые из них впоследствии числились среди тех 200, чьи жизни унесла авария, были особенно беззащитными перед радиационным облучением. Ядерная катастрофа повлекла за собой многие негативные последствия для здоровья: были отмечены, например, рост числа случаев рака щитовидной железы, лейкемии и врожденных мальформаций (Bard, Verger & Hubert, 1997). В крупном исследовании отдаленных психологических последствий радиационного облучения врачи и психологи Специализированного центра медицины катастроф при российском Министерстве здравоохранения провели контрольное обследование выживших после аварии. Состояние операторов, в момент аварии работавших на Чернобыльской АЭС, оценивали четырежды на протяжении 20-месячного периода. В каждом обследовании участвовали около 100 сотрудников станции. Кроме того, команда исследователей проверяла состояние операторов из контрольной группы, которые работали на других, удаленных от Чернобыля станциях. Помимо физикального обследования каждому сотруднику предлагалась батарея психологических тестов, включая русскоязычную версию Миннесотского многопрофильного личностного опросника (*MMPI*). (Разбор *MMPI* см. в главе 15.)



Оценка, проведенная после катастрофы, продемонстрировала значительное нарастание симптомов стресса: физических проблем, депрессии, межличностных конфликтов, социальной отчужденности и безразличия к другим. У прошедших тестирование работников станции также было выявлено повышенное недоверие к информации, предоставляемой правительством (Koscheyev et al., 1993).

приспособления к последствиям катастрофы частично зависит от характера самой катастрофы. Например, жертвам трагической авиакатастрофы, унесшей жизни многих людей, было гораздо труднее воспринять в ней нечто благоприятное, чем в случае адаптации к ущербу от торнадо, из которого извлекалось наибольшее число преимуществ по сравнению со всеми анализируемыми в исследовании бедствиями. В случае авиакатастрофы никакого «блага» обнаружить не удается, в то время как торнадо предоставляет больше возможностей, например: «Могло быть и хуже, могло снести школу» или: «Слава Богу, что многие люди находились на работе!»

Индивидуальная толерантность к стрессу

Люди, которые не справляются с изменчивыми жизненными обстоятельствами, могут быть особенно восприимчивыми к малейшей фрустрации или прессингу. Те, кто обычно не уверен в своей адекватности и самоценности, с гораздо большей вероятностью ощутят угрозу, чем те, кто чувствует себя в целом уверенным и защищенным. Термин **толерантность к стрессу** обозначает способность человека выдерживать стресс без серьезного для себя ущерба. Люди значительно отличаются по своей общей ранимости перед лицом стрессоров. Бланшар, Хиклинг, Тейлор и Лус (Blanchard, Hickling, Taylor & Loos, 1995) обнаружили, что большая депрессия в анамнезе является фактором риска в отношении развития тяжелых психологических симптомов, связанных со стрессом, пережитым в результате дорожно-транспортного происшествия. Одни индивиды в конституциональном отношении оказываются более «хрупкими», чем другие, и сталкиваются с бóльшими трудностями, пытаясь справиться даже со сравнительно мелкими переменами. У них не хватает выдержки терпеть долгие часы ожидания, как того, случается, требует жизнь, а в стрессовых ситуациях они легко могут утомиться или заболеть. Кроме того, различные люди по-разному чувствительны к различным стрессорам. Бывает, что им не удается освоить эффективные адаптивные стратегии, направленные против определенных разновидностей стрессоров. В этой общей способности противодействовать стрессу важнейшую роль играет история индивидуального научения. Ранние травматические переживания могут сделать человека особо чувствительным или особо устойчивым по отношению к определенным стрессорам. Плохой «послужной список» преодоления трудных обстоятельств делает человека уязвимым для новых проблем. Если, например, индивид сталкивается с неподконтрольными ему стрессорами (такими, как нанесение сексуальной травмы в раннем детстве), то он тяготеет к ранимости или становится высоко сенсибилизированным к последующим оскорблениям или злоупотреблениям. Критические ситуации, разочарования и другие проблемы, с которыми в силах совладать один человек, для другого могут оказаться неподъемными. Горожане могут придавать небольшое значение шуму, но могут прийти в ужас при виде свободно разгуливающей коровы.

Недостаточность внешних ресурсов и социальной поддержки

Имеются веские доказательства того, что позитивные социальные и семейные отношения могут умерить воздействие стресса на человека и даже сократить заболеваемость и раннюю смертность (Monroe & Steiner, 1986). Напротив, отсутствие поддержки извне, либо личностной, либо материальной, способно придать имеющемуся стрессору бóльшую силу и ослабить готовность человека к противодействию. Обще-

национальный опрос, проводившийся в Китае и касавшийся стрессовых жизненных событий, показал, что в числе обыденных стрессоров чаще всего называются проблемные межличностные отношения (Zheng & Lin, 1994). Развод или смерть супруга порождает больший стресс, когда люди ощущают себя оставшимися в одиночестве и нелюбимыми, нежели в случае, когда их окружают люди, о которых они заботятся и которых любят. Зигель и Кайкенделл (Siegel & Kuykendall, 1990), например, обнаружили, что овдовевшие мужчины, посещавшие церкви и храмы, переживали меньшую депрессию, чем те, кто этого не делал. Считается, что если уменьшить эффекты столь тяжелого стрессора, то удастся ослабить также физические и психологические факторы, влияющие на настроение. В этом исследовании выяснилось, что мужчины, потерявшие жен, испытывали депрессию чаще, чем овдовевшие женщины. Причины этого остаются неясными, хотя такие же данные были получены и другими исследователями (например, Stroebe & Stroebe, 1983). Возможно, что женщины с самого начала пребывали в более тесном кругу друзей, благодаря чему их уязвимость перед лицом депрессии уменьшалась (Kershner, Cohen & Coyne, 1998).

В некоторых ситуациях на человека могут оказывать пагубное влияние другие члены семьи, испытывающие психологические проблемы. Уровень напряжения может возрастать у всех членов семьи в случае, если кто-нибудь из них находится в крайне тяжелом положении, например страдает хроническим или опасным для жизни заболеванием, является инвалидом по психиатрическому диагнозу. Индивид, супруг(а) которого страдает психологическим нарушением, наверняка испытает больший стресс, чем тот, чей партнер по браку находится в лучшей психологической форме (Yager, Grant & Bolus, 1984). Стресс, вызванный недугом, осложняется здесь утратой поддержки.

Культура часто предлагает особые ритуалы или образ действий, которые поддерживают людей в их попытках справиться с определенными разновидностями стресса. Например, в большинстве религий существуют обряды, помогающие людям пережить утрату, а в некоторых вероисповеданиях покаяние и искупление помогают людям справиться со стрессом, связанным с виной и самообвинением.

В целом тяжесть стресса во многом определяется взаимодействием между природой стрессора и ресурсами человека, позволяющими его преодолеть. Как ни была бы велика проблема, она не вызывает у человека сильного стресса, если тот в силах легко с ней справиться. Рассмотрев некоторые факторы, влияющие на форму реакций людей на стресс, мы теперь рассмотрим отдельные способы, с помощью которых люди преодолевают стрессовые события.

Преодоление стресса

Повышенный стресс угрожает благополучию индивида и порождает автоматические, упорные попытки снять напряжение. Короче говоря, стресс вынуждает человека что-то сделать. Что именно — зависит от многих влияний. Бывает, что в определении стратегий копинга господствующую роль играют факторы внутреннего порядка, такие как система координат индивида, мотивы, компетенции или толерантность к стрессу. Например, человек, успешно преодолевавший неприятности в прошлом, может быть лучше подготовлен к решению аналогичных проблем в будущем (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek, 1997; Masten & Coatsworth, 1998). (См. обсуждение гибкости в главе 3.) В других случаях важнейшую роль

играют условия окружающей среды, например социальные требования и экспектации. Несомненно, любая стрессовая реакция отражает взаимосвязь внутренних стратегий и внешних условий с преобладанием одних над другими, но действующих совместно, чтобы заставить человека реагировать определенным образом. По иронии судьбы, некоторые люди *создают* себе стресс, вместо того чтобы с ним бороться. Недавние исследования показали, что стрессовые ситуации частично могут быть связаны с когнициями индивида или же порождаться ими. Если вы, например, уже ощущаете депрессию или тревогу, то отказ подружки пойти с вами в кино может вызвать у вас больший стресс, чем в случае наличия хорошего настроения. Таким образом, формируется порочный круг, провоцирующий некоторых людей навлекать на себя жизненные события, которые, в свою очередь, влекут за собой проблемы, касающиеся психологического приспособления (Simons et al., 1993).

Ниже мы рассмотрим некоторые общие принципы личностного приспособления и копинга; затем мы проанализируем отдельные характерные стадии, имеющие место при наличии угрозы адаптивному функционированию индивида.

При обзоре общих принципов борьбы со стрессом полезно выделить три уровня взаимодействия: 1) биологический, в котором присутствуют механизмы иммунной защиты и механизмы восстановления от повреждений; 2) психологический и интерперсональный, включающий в себя выученные паттерны копинга, защиту Я и поддержку со стороны семьи и друзей, и 3) социокультурный, предполагающий групповые ресурсы, такие как профсоюзы, религиозные организации и правоохранительные органы.

Несостоятельность копинга на любом из этих уровней может серьезно повысить уязвимость человека на других уровнях. Например, срыв иммунной защиты может нарушить функционирование не только телесное, но и психологическое; хроническая недостаточность паттернов психологического копинга может привести к различным заболеваниям; несостоятельность группы, от которой зависит индивид, способна серьезно повредить его способности к удовлетворению основных потребностей. Воздействие стресса на телесное функционирование и физические расстройства будет подробнее освещено в главе 8.

В процессе борьбы со стрессом человек сталкивается с двумя проблемами: 1) он должен удовлетворить требования стрессора и 2) он должен защитить себя от психологического ущерба и дезинтеграции. Когда человек ощущает себя в силах справиться со стрессовой ситуацией, типичной оказывается реакция, ориентированная на решение задачи: поведение направлено в первую очередь на удовлетворение требований стрессора. Как правило, такая реакция означает, что человек объективно оценивает ситуацию, вырабатывает альтернативные решения, выбирает подходящую стратегию, предпринимает конкретные шаги и оценивает обратную связь. Эти этапы реакции, ориентированной на выполнение задачи независимо от эффективности или неэффективности предпринятых действий, в целом достаточно гибки, чтобы позволить индивиду изменить курс.

Копинг, ориентированный на решение задач

Реакция, ориентированная на решение задач, может потребовать изменений в собственном Я индивида, его окружении, или и в том и в другом — в зависимости от ситуации. Действия могут быть наглядными, как, например, демонстрация боль-

шей любви по отношению к супругу, или скрытыми, как при обуздании своих настойчивых желаний. Они могут быть направлены на устранение от проблем, прямую атаку на них или попытки найти эффективный компромисс. Любое из этих действий бывает благоприятным при определенных обстоятельствах. Если, например, человек сталкивается с ситуацией, представляющей собой физическую опасность, допустим с лесным пожаром, — то бегство вполне может оказаться логичной реакцией, ориентированной на решение задачи.

Копинг, ориентированный на защиту

Когда стрессор всерьез угрожает ощущению адекватности, начинает преобладать в первую очередь **реакция, ориентированная на защиту**: поведение направлено, скорее, на защиту Я от ущерба и дезинтеграции, чем на разрешение ситуации. Как правило, человек, прибегающий к ориентированным на защиту реакциям, жертвует более продуктивными, направленными на решение задачи действиями в пользу всепоглощающей заботы о поддержании целостности своего Я, какой бы опрометчивой и ошибочной она ни была.

Есть два распространенных типа реакций, ориентированных на защиту. Первый состоит в плаче, причитаниях и скорби, которые, как представляется, выступают в качестве механизмов возмещения психологического ущерба. Второй тип сводится к так называемым механизмам защиты эго, или Я, рассмотренным в главе 3. Эти механизмы, включающие в себя такие реакции, как отрицание и вытеснение, снижают напряжение и тревогу, защищая Я от ущерба и девальвации. Например, люди, опасающиеся, что их любовные отношения рухнули из-за собственной неспособности к интимности и сердечности, защищаясь, могут проецировать упреки на других лиц. Механизмы защиты эго, подобные этим, ограждают человека от внешних угроз, таких как неудачи на работе или в отношениях, а также от внутренних угроз, например от желаний или действий, порождающих чувство вины. Вероятно, они защищают Я одним или несколькими способами из следующих: 1) путем отрицания, искажения или ограничения переживаний индивида; 2) путем снижения эмоциональной или личностной включенности и 3) путем противодействия угрозе или ущербу. Часто, однако, бывает, что отдельно взятый защитный механизм может предоставлять несколько видов защиты.

Как правило, защитные механизмы используются не по одному, а в комбинации, и нередко сочетаются с ориентированным на решение задач поведением. Механизмы защиты эго считаются дезадаптивными, когда становятся основными средствами борьбы со стрессорами и задействуются сверх меры (Erickson, Feldman, Shirley & Steiner, 1996).

Последствия тяжелого стресса

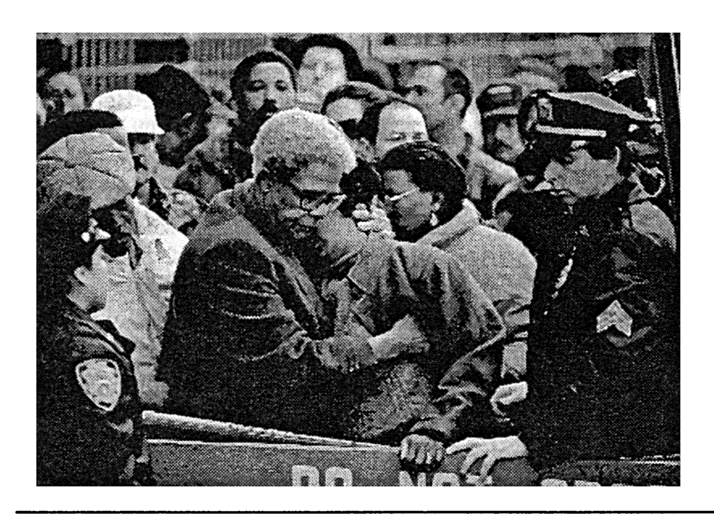
Как мы увидели, стрессоры испытывают возможности адаптивных ресурсов, включая реакции, ориентированные как на решение задач, так и на защиту. Чаще всего бывает, что с помощью этих разнообразных реакций угрозу удается обуздать. В случае, когда стрессоры воздействуют непрерывно или бывают особенно сильными, если, например, ребенок систематически подвергается жестокому обращению, — человек может оказаться неспособным к адаптации и будет ощущать снижение

способности влияния на будущие события; в итоге он «ломается» под тяжестью стресса. Это снижение адаптивного функционирования называется **личностной** или **психологической декомпенсацией.**

Наши реакции на стресс способны обеспечить нас необходимыми умениями, которые не развились бы без настоятельной в том потребности. Стресс, однако, может быть пагубным, если отдельные требования окажутся слишком суровыми для наших ресурсов копинга или если мы думаем и действуем так, будто дело обстоит именно таким образом. Тяжелый стресс может обойтись очень дорого и привести к снижению эффективности, истощению адаптивных ресурсов, износу биологической структуры, а в крайних случаях — тяжелым личностным и физическим нарушениям, и даже смерти.

На физиологическом уровне тяжелый стресс может привести к изменениям, которые нарушают способность организма противостоять вторгающимся бактериям и вирусам. На психологическом уровне восприятие угрозы ведет к сужению перцептивной сферы и ригидности когнитивных процессов. Например, человек, чья психика подверглась длительному травмирующему воздействию во время войны, может оказаться неспособным к построению реальных планов на будущее. Следовательно, для него становится трудным или невозможным объективное рассмотрение ситуации и восприятие реально существующих альтернатив. Этот процесс часто оказывается составной частью суицидного поведения.

При использовании своих ресурсов для удовлетворения требований тяжелого стрессора организм может страдать от снижения толерантности к другим стрессорам. Селье (Selye, 1976b) продемонстрировал, что последовательная стимуляция



Два способа, с помощью которых мы можем преодолеть стрессовую ситуацию: поведение, ориентированное на решение задач, посредством которого мы пытаемся исправить ситуацию, и поведение, ориентированное на защиту, в ходе которого мы защищаемся от психологического ущерба и дезинтеграции. Плачущие и обнимающиеся люди на снимке стали свидетелями пожара на дискотеке в Бронксе, унесшего жизни 87 человек. Они не в силах изменить или разрешить ситуацию. Их реакции ориентированы на защиту, помогая им справиться с болью, причиненной чудовищным стрессором.

животных вредоносными стимулами может приводить к летальному исходу. Оказывается, что ресурсы копинга организма ограниченны. Пытаясь понять, каким образом стресс воздействует на организм, Селье взял на вооружение понятие *гомеостаза*, ранее описанное другим физиологом, У. Б. Кэнноном (Cannon, 1915). Гомеостазом называется «сбалансированное» состояние, в котором организм пребывает после удовлетворения основных биологических потребностей. Когда организм подвергается стрессу, у него происходит нарушение гомеостатического баланса. При осмыслении воздействия стресса на организм полезно помнить о другом используемом понятии — *аллостазе*, которое обозначает процесс адаптации или достижения стабильности через изменение. Например, чтобы удовлетворить требования стрессора, организм использует для мобилизации своих ресурсов адреналин. В условиях пролонгированного стресса эти системы организма оказываются активированными постоянно в течение длительного времени: это означает, что они не прекращают работы даже тогда, когда потребность в них отпадает. Частая мобилизация этих систем в условиях стресса называется «аллостатической нагрузкой» (McEwen & Stelar, 1993), которая приводит к износу организма. Если ресурсы организма уже мобилизованы против одного стрессора, то им труднее реагировать на другие. Эта закономерность помогает объяснить, каким образом затяжной психологический стресс может снижать биологическую резистентность к болезням, и наоборот (см. главу 8). Интересно, что пролонгированный стресс может привести либо к патологической гиперреактивности по отношению к стрессорам, как в реакции «последняя капля», либо к патологической нечувствительности к ним, как у некоторых людей, «выбитых из колеи», теряющих в результате надежду или демонстрирующих крайнюю апатию. В целом тяжелый и длительный стресс на любом уровне ведет к серьезному снижению общих адаптивных возможностей организма.

Биологические последствия стресса

Как будет подробнее рассмотрено в главе 8, длительный или тяжелый стресс (травма) может заметно подрывать физическое здоровье человека. Точно назвать биологические процессы, лежащие в основе реакции организма на травмирующие ситуации, нелегко. Фуллертон и Урзано (Fullerton & Ursano, 1997) указали на значительные пробелы в современном психиатрическом понимании реакций на травму и ее исходы. Однако моделью, помогающей объяснить развитие биологической декомпенсации в условиях стресса, является **общий адаптационный синдром** — понятие, введенное Селье (Selye, 1956, 1976b). Эта точка зрения была поддержана недавними исследованиями в данной области (Chrousos & Gold, 1992; Mazure & Druss, 1995). Селье утверждает, что развитие реакции организма на длительный и чрезмерный стресс обычно включает три основные фазы: 1) *реакция тревоги*, в ходе которой защитные силы организма «призываются под ружье» путем активации вегетативной нервной системы; 2) *стадия сопротивления*, на которой биологическая адаптация достигает максимума с точки зрения задействованных ресурсов организма, и 3) *истощение*, когда ресурсы организма истощены и способность к сопротивлению снижается так, что дальнейшее пребывание в условиях стресса может закончиться болезнью и смертью. Графическое изображение общего адаптационного синдрома представлено на рис. 4.1.

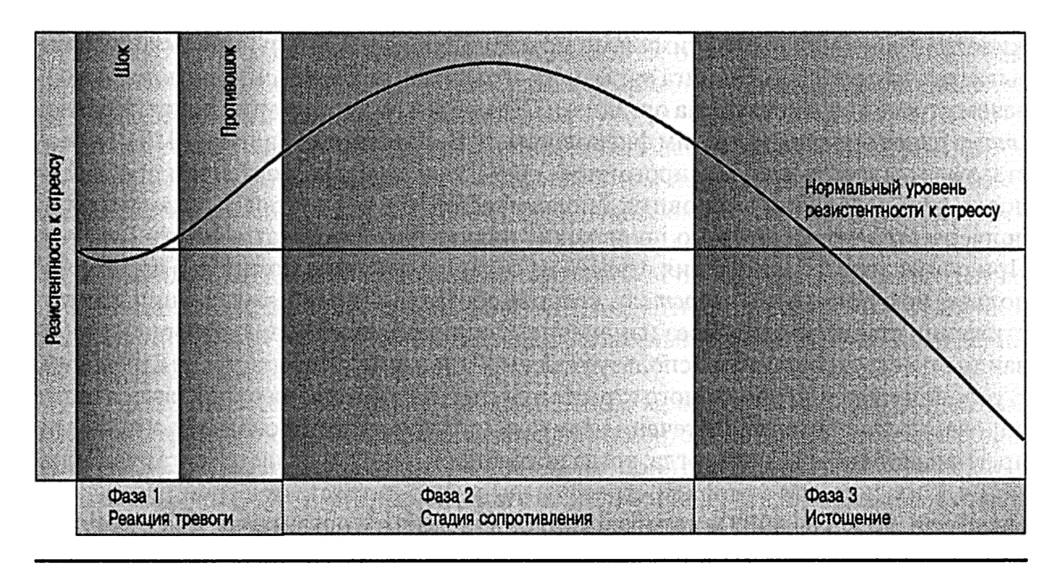


Рис. 4.1. Общий адаптационный синдром по Селье (ОАС)
Схема общего адаптационного синдрома (ОАС), представленная на диаграмме, графически иллюстрирует типичную общую реакцию человека на стресс. В первой фазе (реакция тревоги) человек демонстрирует изначально сниженную резистентность к стрессу или шоку. Если стресс сохраняется, человек выказывает защитную реакцию или сопротивление (фаза сопротивления), пытаясь адаптироваться к стрессу. После длительного пребывания в условиях сильного стресса энергия, необходимая для адаптации, может истощиться, что приводит к последней фазе ОАС – срыву адаптации (фаза истощения).

Когда индивиды находятся под действием тяжелого стресса (подвергаются травме вплоть до момента декомпенсации), естественные поддерживающие механизмы пытаются исправить причиненный ущерб и возобновить нормальное функционирование, то есть вернуть организм в состояние гомеостаза. Если стресс привел к многочисленным нарушениям, то этот восстановительный процесс зачастую сводится к эффектам обновления адаптивных процессов, режимов и форм защиты, которые существовали до того, как травма повлекла за собой их дезинтеграцию. Однако индивиды могут быть не столь успешными в преодолении рутинных проблем, какими они были до травмы.

Каковы отдаленные биологические последствия травмы? За последние 20 лет было выполнено много исследований по изучению связи между стрессом и физиологическими изменениями у людей. Мы кратко рассмотрим некоторые последствия стресса. В главе 8 мы подробнее остановимся на отдельных соматических заболеваниях, например болезнях сердца и раке, на которые, скорее всего, влияют или которые частично порождаются психологическими факторами.

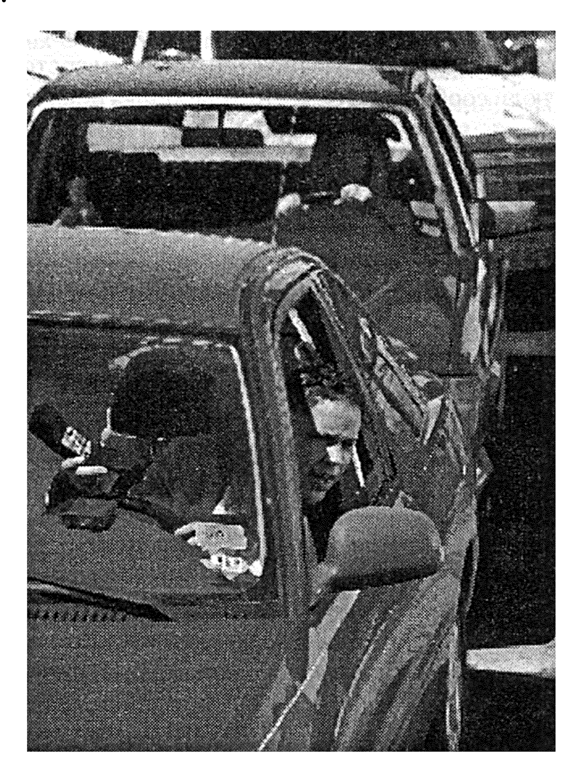
Стресс и симпатическая нервная система

Еще начиная с основополагающей работы Кэннона (Cannon, 1914) мы знали о важной роли, которую играет в реакции на стрессовые или опасные ситуации симпатическая нервная система (СНС). Когда организм соприкасается с опасностью, симпатическая нервная система выбрасывает адреналин, чтобы подготовить орга-

низм к реакции «борьбы или бегства» следующим образом: 1) учащается сердцебиение, усиливается приток крови (на фоне повышения артериального давления) к крупным мышцам, чтобы обеспечить организму возможность отреагировать на физическую угрозу; 2) расширяются зрачки, чтобы в глаза поступало больше света; 3) сокращается кожа, чтобы уменьшить потерю крови в случае ранения, и 4) повышается содержание сахара в крови, чтобы обеспечить больше энергии. С помощью этой биологической реакции организм подготавливается к «аварийным» физическим затратам, хотя современные люди редко попадают в ситуации, которые требуют активизации, обеспечиваемой нашим «первобытным» биологическим устройством. В нескольких важных аспектах нашим первобытным биохимии и физиологии не удалось приспособиться к [нашей] нынешней ситуации (Carruthers, 1980). Наша биология, наверное, лучше настроена на такие физические проблемы, как бегство от диких животных или поединок с противником, чем на решение задач сегодняшнего дня. Более того, если реакция на стресс активизируется на длительное время или в крайней степени, то вернуться к гомеостазу оказывается труднее, поскольку природную стрессовую реакцию организма выключить трудно.

В своей познавательной книге о биологических последствиях стресса «Почему у зебры не бывает язвы» *(Why zebras don't get ulcers)* Роберт Сапольски (Sapolsky, 1994) подчеркнул, что «может показаться... будто вы заболеваете из-за хронических или повторных стрессоров. На самом деле гораздо точнее было бы сказать, что хронические или повторные стрессоры потенциально способны сделать вас больными или *повысить* ваш риск заболеть» (р. 17).

Что же происходит, когда физическая угроза исчезает, а наша симпатическая нервная система уже активирована и биологически готова к физическому поединку? Вероятно, большинство из нас считает, что отдых может полностью восстановить наши силы даже после достаточно тяжелого стрессового переживания. Однако, как мы увидели выше, стрессовая реакция приводит систему к определенному износу.



Хронические фрустрация и злость – частые спутники современной жизни; они могут вновь и вновь активировать симпатическую нервную систему. Это, в свою очередь, приводит к заболеваниям и другим проблемам.

В ходе своих основополагающих исследований, посвященных стрессу, Селье обнаружил следующие факты: «Опыты на животных ясно показали, что каждое представление оставляет неизгладимый шрам, так как оно истощает резервы приспособляемости, которые нельзя возместить. Верно, что сразу после изнуряющего переживания отдых, состоящий в устранении острого утомления, способен восстановить нас почти до исходного уровня адекватности. Однако дело здесь в слове "почти". Поскольку в жизни мы постоянно проходим через периоды стресса и отдыха, постольку ежедневно в счет идет даже минутный дефицит адаптационной энергии — он приплюсовывается к тому, что мы называем старением» (1976а, р. 429).

В ходе исследований значительное внимание уделялось анализу воздействия гиперактивации симпатической нервной системы в травмированных популяциях. В центре внимания многих работ находились нейротрансмиттеры, действующие в результате активации симпатической нервной системы: норадреналин, адреналин и допамин. Например, проводилось сравнение концентрации этих веществ у пациентов, подвергавшихся тяжелому стрессу, и у представителей контрольной выборки (Yehuda et al., 1992). В ряде исследований был продемонстрирован заметный рост различных физиологических параметров по сравнению с контрольными выборками, например частоты сердечных сокращений и артериального давления.

Дэвидсон и Баум (Davidson & Baum, 1986) изучали последствия стресса в течение пяти лет. В ходе ранее упомянутой работы Баума и коллег (Baum et al., 1983) было открыто, что даже спустя пять лет у людей, оказавшихся жертвами аварии на АЭС Три Майл Айленд в марте 1979 года, наблюдались такие симптомы глубокого стресса, как повышенное артериальное давление и наличие норадреналина в моче (что часто связано с длительным состоянием возбуждения). Кроме того, эти люди сообщали о более интенсивных психологических симптомах стресса (например, навязчивых мыслях), чем представители контрольных групп.

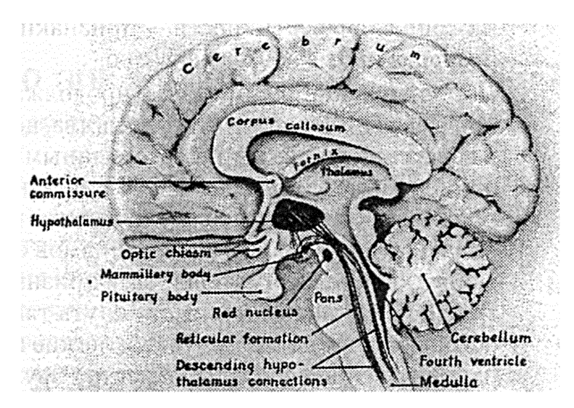
Еще один способ оценки воздействия стресса на биологические системы в контролируемых условиях состоит в методике, называемой «провоцирующим» исследованием. При данном подходе объект исследования, например жертва травмы, продолжает подвергаться воздействию внешнего стимула, напоминающего исходную травму: прослушивает, например, аудиозапись события, сходного с травмирующей ситуацией, тогда как исследователь фиксирует его биологические реакции на стимулы. В одном исследовании с участием ветеранов войны, страдавших ПТСР, им давали прослушивать записанные на пленку звуки сражений, в этот момент у них отмечалось повышение субъективного дистресса, частоты сердечных сокращений и уровня адреналина (McFall, Murburg, Ko et al., 1990). В других аналогичных исследованиях было продемонстрировано, что повышенная восприимчивость к родственным с травмой сигналам сохраняется даже через годы после возникновения травмирующей ситуации.

Изучение роли симпатической нервной системы в стрессовых ситуациях показало, что стрессовая реакция может оказывать значительное влияние на сердечно-сосудистую систему. Тяжелая травма и длительный стресс могут повышать артериальное давление до уровня, чреватого артериосклеротическим поражением сердечной мышцы и кровеносных сосудов, которое подвергает индивида риску развития артериальной гипертензии, сердечного приступа и мозгового кровоизлияния (см. главу 8).

Стресс и иммунная система

Помимо сказанного, стресс может воздействовать на организм и через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, вызывая значительный эндокринный дисбаланс, который наносит серьезный урон иммунной системе организма. Гипоталамус высвобождает гормоны, стимулирующие выделение из гипофиза других гормонов, которые регулируют многие функции организма, например репродуктивную, а также тканевой и костный рост. Стресс, действуя через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, может привести к подавлению иммунной системы (Caciорро, 1994), делая организм уязвимым перед заболеваниями, к которым в нормальной ситуации существует иммунитет. Хотя никто не знает точно, почему иммунная система подавляется в периоды стресса, не исключено, что по ходу эволюции нашего вида этот аварийный реактивный процесс выступал в качестве защитной функции, так как мог предохранять организм от развития аутоиммунных заболеваний (Sapolsky, 1994). Однако понятно, что подавление иммунной системы в условиях хронического стресса может иметь зловещие и многочисленные последствия для здоровья — восприимчивость к заболеваниям, имеющим внешний источник. Воздействие стрессоров на иммунную систему находится в центре внимания сравнительно новой отрасли, **психонейроиммунологии**. Ослабленный иммунный ответ может означать, что индивид подвержен контагиозным заболеваниям, а также уязвим перед серьезными психическими расстройствами, например депрессией (Tehuda, Teicher, Trestman et al., 1996. См. главы 6 и 8).

В многочисленных работах была показана связь между стрессом и переживанием таких экстремальных эмоциональных состояний, как скорбь (Irwin et al., 1987), разлука и развод (Kiecolt-Glaser et al., 1988), а также экзаменационный стресс (Workman & La Via, 1987). В своей оценке исследований, посвященных влиянию на здоровье изменений в иммунной системе, Заковски, Холл и Баум (Zakowski, Hall & Baum, 1992) отметили исключительную важность иммунной системы в реакции на стресс. Органы и клетки, входящие в иммунную систему, обеспечивают организму основную защиту от чужеродных агентов и других потенциальных опасностей. Кожа препятствует вторжению огромной армии микробов и чужеродных молекул, находящихся в окружающих нас воде и воздухе; остальная же часть иммунной системы обеспечивает надежную защиту от таких болезней, как рак



На этой схеме в поперечном сечении показаны структуры головного мозга, участвующие в стрессовых реакциях человека, в частности гипоталамус.

и ВИЧ-инфекция. Далее эти ученые сделали вывод, что иммунная система хранит нас от аутоиммунных заболеваний и поддерживает баланс клеток, оптимизирующих наше выживание.

Оказывается, что стресс повреждает иммунную систему путем повышения уровня кортикостероидов. Это угнетает метаболизм лимфоцитов и снижает иммунитет организма к различным болезням, хотя механизмы этого процесса остаются невыясненными (Mazure & Druss, 1995; Yehuda, 1998). В ряде недавних работ (например, Boscarino, 1996) приводятся данные об изменении уровня кортизола у ветеранов войны, страдающих ПТСР, например, его низкое содержание после стресса позволяет сделать прогноз, у кого в дальнейшем разовьется ПТСР. Интересно, что часто упоминавшимся изменением являлось пониженное, а не повышенное содержание кортизола, как это предсказывалось моделью Селье. Недавно Йегуда, Резник и их коллеги (Yehuda, Resnick et al., 1998) сообщили о пониженном содержании кортизола у жертв изнасилования с тяжелыми повреждениями и симптомами избегания, чего, однако не было у всех жертв изнасилования без исключения. Мы не в силах ответить на все поставленные вопросы, но эти отличающиеся друг от друга данные, несомненно, связаны с привыканием или гиперчувствительностью к гормону организма, адаптировавшегося к стрессу (Southwick et al., 1997).

Психологические последствия длительного стресса

Декомпенсацию личности, развившуюся на фоне травмы, установить несколько легче. Оказывается, она протекает наподобие биологической декомпенсации и фактически может подразумевать следующие биологические реакции.

1. **Тревога и мобилизация.** Ресурсы копинга первыми приводятся в состояние готовности и мобилизуются на борьбу с травмой. На этой стадии обычно задействованы эмоциональное возбуждение, повышенное напряжение, повышенная сензитивность, большая настороженность (вигильность) и определенные усилия по самоконтролю. В то же время человек, желая выйти из критического положения, предпринимает различные меры противодействия, которые могут быть ориентированы либо на решение задач, либо на защиту, либо на то и другое. На этой стадии могут возникнуть симптомы плохого приспособления, такие как постоянные тревога и напряжение, желудочно-кишечные расстройства или другие соматические недомогания, а также пониженная эффективность — признаки того, что мобилизация адаптивных ресурсов протекает неадекватно.
2. **Сопротивление.** Если травма продолжает оказывать свое действие, человек зачастую способен отыскать средства, позволяющие с ней ужиться и остаться в известной степени приспособленным к жизни. Некоторое время сопротивление травме может оказываться при помощи согласованных мер, ориентированных на решение задачи; в этот период также может интенсифицироваться использование механизмов защиты эго. Однако даже на стадии сопротивления могут появиться признаки деформации. Например, на ее позднейших этапах могут возникнуть такие психологические симптомы, как острое расстройство желудка и легкие искажения в восприятии реальности, например гиперчувствительность к звукам. Кроме того, человек может стать

ригидным и придерживаться ранее разработанных методов защиты вместо того, чтобы постараться пересмотреть травмирующую ситуацию и выработать более адаптивные паттерны копинга.

3. **Истощение.** На фоне длительного травматического состояния адаптивные ресурсы человека иссякают, а паттерны копинга, задачей которых становится оказание помощи на стадии сопротивления, перестают действовать. Когда начинается стадия истощения, способность индивида справляться с продолжающимся стрессом значительно ослабевает, и для решения проблем он может прибегнуть к преувеличенным и ошибочным защитным мерам. Последующие реакции отличаются психологической дезинтеграцией и разрывом с реальностью, сопровождающимся бредом и галлюцинациями. Представляется, что эти бредовые построения воплощают в себе все более дезорганизованные мысли и перцепции наряду с отчаянными попытками спасти психологическую целостность и внутреннее единство путем переструктурирования реальности. В бредовом и галлюцинаторном поведении могут участвовать и метаболические изменения, которые нарушают нормальное функционирование мозга. В конце концов, если чрезмерный стресс сохраняется, процесс декомпенсации переходит в стадию тяжелой психологической дезинтеграции, которая может сопровождаться неконтролируемыми актами насилия, апатией, ступором и даже приводить к смерти. Зигель (Siegel, 1984) обнаружил этот паттерн у 31 жертвы, людей, ставших заложниками, чьи случаи он анализировал. Галлюцинации, как правило, переживали те, кто содержался в условиях изоляции, визуальной депривации, физического сдерживания, причинения физического ущерба и угрозы для жизни.

Острое стрессовое и посттравматические стрессовые расстройства

При **остром стрессовом и посттравматических стрессовых расстройствах (ПТСР)**, которые подробно обсуждаются далее в данной главе, стрессор необычно силен (вызывает интенсивный страх) и часто представляет собой угрожающую жизни ситуацию: разрушение дома, вид сцены убийства человека или нанесения ему увечий, физическое насилие. При посттравматических расстройствах реакция индивида обычно заключается в интенсивном страхе, беспомощности или ужасе. Следует отметить, что среди расстройств, описанных в книге, это единственное расстройство, необходимая причина которого установлена с полной достоверностью.

Расстройство приспособления: реакция на обычные жизненные стрессоры

О человеке, чья реакция на обычный стрессор, например вступление в брак, развод, рождение ребенка или потеря работы, дезадаптивна и возникает не позднее чем через три месяца после воздействия стрессора, можно сказать, что он страдает **расстройством приспособления**. Реакция индивида считается дезадаптивной, если он неспособен к обычному функционированию, когда реакция на отдельный стрессор оказывается чрезмерной. При расстройстве приспособления дезадаптация уменьшается или исчезает, когда: 1) устраняется стрессор или 2) индивид научается адапти-

роваться к стрессору. Если симптомы длятся дольше шести месяцев, то *DSM-IV* рекомендует изменить диагноз и признать наличие другого психического расстройства. Как будет видно из нижеследующей дискуссии, в реальной жизни расстройства приспособления не всегда следуют столь строгому графику.

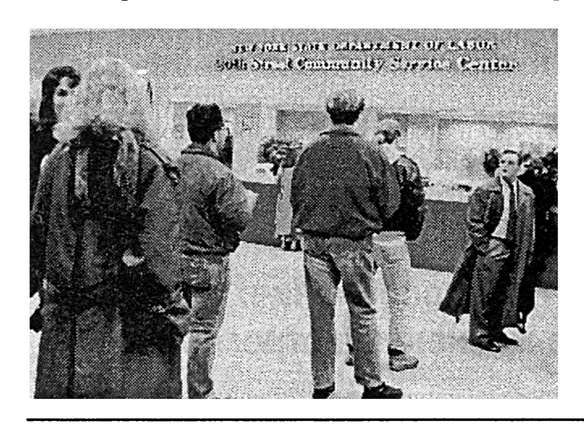
Здесь уместно было бы спросить: что именно считать нормальной реакцией на стрессор? Ответ, соответствующий критерию *DSM*, представляется несколько туманным. В *DSM-IV* нет отдельной категории для стрессовых расстройств, а острое и посттравматическое стрессовые расстройства отнесены к категории тревожных расстройств.

Понятно, что не все реакции на стрессоры — это расстройства приспособления. По всей вероятности, нормальная реакция подпадает под данную категорию посттравматического стрессового расстройства в ситуации неспособности к обычному функционированию, и все-таки этот критерий в той же мере справедлив и для многих других расстройств (например, тревожных). В обозримом будущем мы не сможем разрешить эту неопределенность. Важнее, наверное, признать, что расстройство приспособления, пожалуй, наименее четкий и самый мягкий диагноз из всех, которые может поставить клиенту терапевт, и врачи часто пользуются им в страховых целях, в результате в медицинских картах клиента не значатся более тяжелые диагнозы, даже если есть подозрение и на более серьезное расстройство.

Теперь мы рассмотрим отдельные разновидности стрессоров, обычно вызывающих расстройства приспособления: безработица, утрата и развод или разделение.

Стресс, вызванный безработицей

Производственные проблемы могут вызвать сильнейший стресс у работающих по найму (Williams, Barefoot et al., 1997). Крайне стрессовой ситуацией, характерной для современного бизнеса, является потеря прибыльного места. Преодоление стресса, связанного с безработицей, требует огромных усилий, особенно для людей, которые до этого неплохо зарабатывали на жизнь. В США потеря работы, неудачный поиск



Преодоление стресса, вызванного безработицей, требует огромных усилий. Когда исходная стрессовая ситуация разрешается, некоторые люди способны пережить потери и адаптироваться без каких-либо длительных затруднений с приспособлением. Воздействие хронической безработицы может, однако, быть сокрушительным и иметь серьезные долговременные последствия. Люди, показанные на снимке, стоят в очереди, чтобы заявить об отсутствии у них работы в Нью-Йоркский государственный Департамент труда в период, когда (в ноябре 1990 года) уровень безработицы поднялся до рекордной за три года отметки в 5,9%.

нового подходящего рабочего места считаются вполне обычными явлениями со времен Великой депрессии 1930-х годов. Частая реструктуризация бизнеса привела к увольнению многих людей, превращая процветавшие общины в разоренные области, а многих промышленных работников — в безработных или в лиц с неполной занятостью. Почти в любой общине можно найти рабочих, потерявших работу, на которой они трудились много лет, и стоящих на краю финансовой пропасти, поскольку у них заканчиваются средства, предусмотренные пособием по безработице. Приведенный ниже случай показателен в отношении проблем, которые может породить безработица.

Разбор случая: безработный бригадир-строитель. Дэвид К., 49-летний бригадир-строитель, состоявший в браке и имевший двоих детей, учащихся колледжа, проработал в крупной строительной фирме с момента окончания средней школы. В один прекрасный день его компания без всякого предупреждения объявила себя банкротом, закрыла остававшиеся строительные участки и приступила к ликвидации своих ресурсов. Дэвид был ошеломлен. Ему было нелегко столкнуться с неожиданными переменами в своей жизни. Первые попытки найти другую работу привели лишь к фрустрации, так как в других строительных компаниях были те же экономические проблемы и проводились увольнения.

Через несколько недель его сбережения подошли к концу, и он предпринял шаг, о котором раньше не мог и подумать: обратился за пособием по безработице. Этот поступок нанес сокрушительный удар по его чувству собственного достоинства. Он всегда был самодостаточным человеком и очень гордился своей ролью трудового человека и достойного кормильца семьи. Его особенно расстроило отсутствие возможности оплачивать обучение и проживание двоих сыновей в колледже, и он испытал сильнейшее чувство собственной несостоятельности, когда те, вместо того чтобы вернуться к учебе, остались на своих летних рабочих местах. Его жена, которая после свадьбы никогда не работала, устроилась в местный универмаг, чтобы покрыть часть семейных финансовых издержек.

Проведя какое-то время в поисках, Дэвид, похоже, отказался от мысли найти работу и стал проводить время в барах. Он пил все больше и больше. Когда вечерами он возвращался домой, то обижался на всех и пресекал все попытки домашних вступить с ним в контакт. В этот период семейные ссоры стали столь частыми, что Джоэл, его старший сын, почувствовал, что больше не в силах вынести такое напряжение и записался в армию. В феврале, через восемь месяцев после потери работы, Дэвид наткнулся на заметку в газете, сообщавшую, что в ближайший понедельник местная компания ждет кандидатов-строителей и имеет 25 вакантных рабочих мест. В понедельник, рано утром, он прибыл в отдел занятости компании лишь с тем, чтобы оказаться в хвосте очереди из других 3000 кандидатов, которые прибыли накануне и всю ночь простояли на лютом морозе. Он ушел в подавленном состоянии. На той же неделе банк приступил к процедуре лишения права выкупа закладной на его дом, так как он семь месяцев не вносил плату. Он был вынужден продать дом и перебраться в меблированные комнаты.

В течение следующего года Дэвиду так и не удалось найти работу в своей общине. Наконец, когда все преимущества его безработицы были исчерпаны, они с одним из бывших сослуживцев покинули семьи и отправились в другой город на юго-восток в поисках заработков. Дэвид предполагал, что жена присоединится к нему, когда он обоснуется. Она, однако, к тому времени добилась некоторого успеха на своем рабочем месте и отказалась уезжать. Через несколько месяцев раздельного проживания жена Дэвида подала на развод. Что касается Дэвида, то о нем больше ничего не известно.

Безработица — проблема для некоторых подгрупп населения. Например, многие юноши, представители меньшинств, живут в условиях постоянной экономической депрессии, которая более первазивна и оказывает такое же изматывающее воздействие, какое оказывала на белое большинство Великая депрессия (Department of Labor, 1999). В самом деле: для чернокожих юношей уровень безработицы в два раза превосходит таковой для белых. Долгосрочные психологические последствия безработицы могут быть очень серьезными. Некоторые люди способны мириться с потерями, такими, которые понес Дэвид, и, когда исходная стрессовая ситуация проходит, адаптироваться без каких-либо длительных затруднений с приспособлением. Однако для других безработица может иметь серьезные долгосрочные последствия. Хроническая безработица оказывает сокрушительное воздействие на Я-концепцию, ощущение самоценности и чувство сопричастности и востребованности, особенно в обществе изобилия.

Стресс, вызванный утратой

Внезапная неожиданная смерть близкого человека лежит в основе примерно одной трети всех случаев ПТСР, наблюдаемых в обществе (Breslau, Kessler, Chilcoat et al., 1998). Когда умирает кто-то нам близкий, мы оказываемся психологически поверженными. Первой реакцией зачастую бывает неверие. Затем, когда мы начинаем осознавать значимость потери, нас часто выбивают из колеи чувства уныния, скорби и отчаяния (и даже, быть может, злобы на усопшего).

Скорбь, вызванная потерей близкого человека, — естественный процесс, который позволяет живым ее выплакать и после освободиться для жизни без покойного. Некоторые люди не проходят через обычный процесс скорби, возможно, из-за своих личностных особенностей (защитных стилей копинга) или вследствие нестандартных ситуаций. От человека, например, могут ждать стоического переживания своих чувств или ему приходится улаживать семейные дела. У другого может развиться чрезмерная или пролонгированная депрессия, когда процесс оплакивания должен уже завершиться. Нормальный процесс переживания горя длится, как правило, около года и может сопровождаться негативными последствиями для здоровья, такими как высокое артериальное давление, изменения в пищевых привычках и даже суицидные мысли (Prigerson, Bierhals, Kasl, Reynolds et al., 1997).



Потеря близкого человека — один из самых сильных стрессоров, какие только известны людям. Эти боснийцы предаются скорби на очередной могиле, испытывая сильные эмоциональные переживания.

Осложненное или пролонгированное чувство утраты часто возникает в случае безвременной или неожиданной смерти (Kim & Jacobs, 1995). Патологические реакции на смерть чаще встречаются у людей с эмоциональными проблемами в анамнезе или у тех, кто испытывал к покойному значительную неприязнь и враждебность, тем самым порождая в себе интенсивное чувство вины. Такие люди, как правило, находятся в состоянии глубокой депрессии, а в некоторых случаях могут страдать тяжелым депрессивным расстройством (см. главу 6). Приведенный ниже случай является крайним примером отрешенной или патологической скорбной реакции (в данном случае — с позитивным исходом) на трагическую смерть.

Разбор случая: горе Надин. Надин, 66-летняя пенсионерка, в прошлом — учительница средней школы, прожила с мужем, 67-летним Чарльзом (тоже преподавателем на пенсии), 40 лет. Они почти не расставались с того момента, как встретились — большую часть своей трудовой жизни они даже работали в одних и тех же школах. Они жили в сельской общине, где работали и вырастили троих детей, которые обзавелись семьями и перебрались в большой город, расположенный в 100 милях от родительского дома. Годами они строили планы на то время, когда выйдут на пенсию, и рассчитывали путешествовать по стране, навещая друзей. За неделю до сороковой годовщины их свадьбы у Чарльза случился сердечный приступ, а после пяти дней лечения в отделении интенсивной терапии случился второй, и он умер.

Надин очень тяжело переживала кончину Чарльза. Ей было очень трудно приспособиться, несмотря на огромную эмоциональную поддержку со стороны ее детей и многочисленных друзей. Элейн, одна из ее дочерей, приехала к ней и оставалась на несколько дней, уговаривая ее пожить какое-то время в городе. Надин отклонила настойчивые приглашения, невзирая даже на то, что ей нечем было заняться дома. Друзья часто навещали ее, но она, казалось, была недовольна их присутствием. На протяжении месяцев, прошедших со дня похорон, Надин продолжала вести затворническую жизнь. Несколько доброжелателей сообщили Элейн, что с ее матерью неладно и она не выходит из дому даже за покупками. Они рассказали, что Надин просиживает целыми днями за зашторенными окнами, не отвечает на звонки и не открывает дверь. Она потеряла интерес к занятиям, которые прежде доставляли ей радость.

Обеспокоенная благополучием матери, Элейн предприняла усилия, целью которых была попытка вывезти ее из дома и вернуть к прежним интересам. Все дети Надин со своими семьями поочередно навещали ее и водили в разные места до тех пор, пока она, наконец, не начала проявлять интерес к жизни. Через некоторое время Надин согласилась погостить по очереди у каждого из них. Это оказало терапевтическое воздействие — Надин всегда любила своих детей, и ей было приятно проводить время с восемью внуками; фактически она проводила в гостях больше времени, чем намеревалась.

Стресс, вызванный разводом или раздельным проживанием

Распад или прекращение интимных отношений — сильный стрессор и частая причина обращения людей за психологической помощью. Развод, несмотря на его возросшую сегодня приемлемость, остается трагическим и, как правило, стрессовым исходом некогда близких и доверительных отношений. В главе 3 мы отмечали, что расторжение брака является важным источником уязвимости перед лицом психопатологии: среди людей с психологическими проблемами значительную часть составляют те, кто недавно развелся или стал жить раздельно.

Многие факторы делают развод и разделение неприятными событиями для любого человека: признание неудачи в отношениях, важных как в личностном, так и в культурном плане; необходимость объяснять свое фиаско семье и друзьям; прекращение ценных дружеских связей, часто сопровождающее разрыв с партнером; экономическая неопределенность и тяготы, которые часто переживают оба партнера; и если в процесс вовлечены дети — проблема опекунства, включая судебные баталии, обустройство проживания и так далее.

Вслед за разводом или разделением обычно возникают новые проблемы. Переход к одинокому проживанию, возможно, после многих лет, проведенных в браке, может оказаться тяжелым переживанием. Поскольку во многих случаях приходится делить как имущество, так и друзей, необходимо завязывать новые дружеские отношения. Новые романтические связи могут потребовать значительных личностных изменений. Даже когда люди расстаются относительно дружески, им нужно набраться новых сил для адаптации и копинга. Поэтому неудивительно, что развод может привести к реакции копинга, ориентированной на решение задач и состоящей в обращении за консультацией после разрыва значимых отношений.

Теперь мы рассмотрим некоторые особенности катастрофических событий и наши различные реакции на них. Затем мы перейдем к отдельным специфическим стрессогенным событиям, способным вызвать посттравматическое стрессовое расстройство.

Посттравматическое стрессовое расстройство: реакции на катастрофические события

В современном обществе есть много потенциальных источников травм, и симптомы посттравматического стрессового расстройства не редкость в общей популяции. Вполне обычным делом, например, можно назвать дорожно-транспортные происшествия. В одном исследовании, проведенном в Израиле, было обнаружено, что 10% лиц, выживших в серьезных автокатастрофах, страдали от симптомов ПТСР через одиннадцать месяцев после аварии (Brom, Kleber & Hofman, 1993). Еще одним источником травм в современном обществе является насилие, которое часто оборачивается для жертв долговременными расстройствами приспособления (Norris & Kaniasty, 1994; Falsetti et al., 1995). Опросы жителей США, проведенные недавно, показали, что мы живем в жестоком и опасном мире. Каждые четверо американцев из десяти переживали серьезные травмирующие события в возрасте до 30 лет, а 9% молодых людей удовлетворяют диагностическим критериям для ПТСР (Breslau et al., 1991).

Многие люди, если не большинство, ставшие жертвами авиакатастроф, дорожно-транспортных происшествий, взрывов, пожаров, землетрясений, торнадо, сексуальных посягательств или других ужасных переживаний, имеют психологические шоковые реакции, такие как замешательство и дезинтеграция. Симптомы могут значительно варьировать в зависимости от характера и тяжести переживания, степени неожиданности и личностных особенностей индивида. Задумайтесь над следующими примерами: свыше половины выживших после ужасного пожара в ночном клубе «Кокосовая роща» в Бостоне, случившегося в 1942 году и унесшего жизни 492 человек, нуждались в лечении из-за тяжелого психологического шока (Adler,

1943). Психологическое освидетельствование 8 из 64 выживших в результате аварии двух реактивных самолетов на острове Санта-Крус-де-Тенерифе в 1977 году, когда погибли 580 человек, показало, что все они страдали серьезными эмоциональными проблемами, непосредственно вытекавшими из несчастного случая (Perlberg, 1979).

Посттравматическое стрессовое расстройство включает в себя следующие симптомы.

- *Травмирующее событие постоянно, вновь и вновь переживается индивидом.* У пострадавшего могут быть навязчивые, рекуррентные мысли или повторяющиеся кошмары, связанные с событием (Joseph, Williams & Yule, 1995). Исследование с участием студентов колледжа, переживших в 1989 году землетрясение в Лома-Приета близ Сан-Франциско, подтвердило убежденность в том, что травмирующие события влияют на возникновение кошмаров. Вуд с коллегами (Wood et al., 1992) обнаружили, что у студентов, переживших землетрясение, ночные кошмары отмечались намного чаще и содержательно были связаны с землетрясениями больше, чем у студентов, не переживавших этих ужасных событий.
- *Человек упорно избегает стимулов, связанных с травмой.* Например, он старается избегать деятельности, имеющей отношение к инциденту, или блокирует воспоминания об определенных аспектах переживания. Ситуации, воссоздающие травматическое воспоминание, провоцируют тревогу.
- *Человек может длительное время испытывать симптомы повышенного возбуждения.* К ним могут относиться хроническая напряженность и раздражительность, которым часто сопутствуют бессонница, неспособность переносить шум и жалобы типа «Я совершенно не в состоянии расслабиться».
- У индивида могут нарушаться концентрация внимания и память.
- *Человек может испытывать депрессивные чувства.* В некоторых случаях он может отказываться от социальных контактов и избегать переживаний, которые могут его волновать, что обычно проявляется в избегании межличностной включенности, потере интереса к сексу и установке на «мир и спокойствие любой ценой».

Понятно, что ПТСР содержит в себе элементы тревоги — общие ощущения страха и мрачных предчувствий, но поскольку она тесно связана с переживанием сильного стресса, мы далее не описываем ее здесь и продолжим рассмотрение в главе 5, где речь пойдет о других тревожных расстройствах.

Различия между острым и посттравматическим стрессовыми расстройствами

В *DSM-IV* есть две основные классификации ПТСР, которые различаются главным образом с точки зрения тяжести представленного паттерна симптомов: острое и посттравматическое стрессовые расстройства. Эти два расстройства описаны в табл. 4.2 и 4.3.

Острое стрессовое расстройство развивается в пределах четырех недель после травмирующего события и длится, как минимум, два дня, а как максимум — четыре недели. Если симптоматика сохраняется дольше, то адекватным диагнозом будет

посттравматическое стрессовое расстройство. Диагноз, который не выставляется, пока симптомы не продлятся хотя бы на протяжении месяца, можно уточнить с точки зрения времени возникновения симптоматики. Если симптомы появляются в пределах шести месяцев от момента травмирующего события, то реакция считается острой. Если симптомы возникают позже, чем через шесть месяцев после травмирующей ситуации, то реакция считается отсроченной. Отсроченный вариант ПТСР определен хуже и диагностируется труднее, чем расстройства, развива-

Таблица 4.2

Острое стрессовое расстройство

Для постановки диагноза острого стрессового расстройства индивид должен удовлетворять следующим критериям *DSM-IV*.

- Человек был подвергнут воздействию травмирующей ситуации, в которой были соблюдены оба следующих условия: он пережил, стал свидетелем или столкнулся с событием, которое подразумевало фактическую смерть, или ее угрозу, или серьезную травму, или угрозу физической целостности либо его самого, либо других. Реакция человека подразумевает также чувство сильного страха, беспомощности или ужаса.
- Во время или вслед за прискорбным событием у человека обнаружены три (или больше) диссоциативных симптома:
  1. Субъективное ощущение торможения, отстраненности или отсутствия эмоциональной отзывчивости.
  2. Снижение ориентации в окружающей обстановке (например, «пребывание в оцепенении»).
  3. Дереализация.
  4. Деперсонализация.
  5. Диссоциативная амнезия (то есть неспособность вспомнить важный аспект травмы).
- Человек постоянно, вновь и вновь, переживает травму, что проявляется хотя бы в одном из следующих симптомов: рекуррентное восстановление картины травмы, мысли, сны, иллюзии, «обратные кадры» или ощущение повторного переживания происшествия, или стойкий дистресс при напоминании о травматическом событии.
- Человек явно избегает стимулов, которые возбуждают воспоминания о травме (например, мыслей, чувств, разговоров, занятий, мест или людей).
- У человека наблюдаются явные симптомы тревоги или повышенного возбуждения (например, нарушения сна, раздражительность, плохая концентрация внимания, повышенная настороженность, преувеличенная реакция испуга, двигательное беспокойство).
- Дисфункции, возникшие вследствие травмы, вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или какой-то иной важной области функционирования или нарушают способность индивида выполнить важную задачу, как, например, заручиться необходимой помощью или мобилизовать личностные ресурсы, рассказав членам семьи о травматическом переживании.
- Нарушение длится как минимум 2 дня и максимум — 4 недели; оно возникает в пределах 14 недель с момента травмирующего события.
- Нарушение не связано с прямыми физиологическими действиями химических веществ (например, с наркоманией, приемом медикаментозных препаратов) или с общесоматическими состояниями; оно не объясняется с позиции кратковременного психотического расстройства и не является простым усугублением предшествующего расстройства I оси или II оси.

Источник: American Psychiatric Association, 1994.

Таблица 4.3

Посттравматическое стрессовое расстройство

В ***DSM-IV*** диагноз посттравматического стрессового расстройства учитывает многие элементы острого стрессового расстройства и отличается главным образом с точки зрения выраженности и продолжительности симптоматики:

- На человека оказала воздействие травмирующая ситуация, в которой были соблюдены следующие условия: он пережил, стал свидетелем или столкнулся с событием или событиями, которые подразумевали фактическую смерть, или угрозу смерти, или серьезную травму, или серьезную угрозу физической целостности либо его самого, либо других. Его реакция подразумевала интенсивный страх, беспомощность или ужас.
- Человек постоянно, вновь и вновь, переживает травму одним или несколькими способами:
  1. Рекуррентные и навязчивые неприятные воспоминания о событии, включающие в себя образы, мысли или перцепции.
  2. Рекуррентные неприятные сновидения о событии.
  3. Поведение или чувства, соответствующие тем, что имели бы место, если бы травмирующее событие повторялось, и включающие в себя повторное переживание травмы, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные «обратные кадры», в том числе те, что возникают при пробуждении или в состоянии интоксикации.
  4. Интенсивный психологический дистресс при воздействии внутренних или внешних сигналов, которые символизируют или напоминают аспекты травмирующего события.
  5. Физиологическая реактивность или подверженность воздействию внутренних или внешних сигналов, которые символизируют или напоминают аспекты травмирующего события.
- Упорное избегание стимулов, связанных с травмой, и снижение общей реактивности (отсутствовавшее до травмы), на что указывают три (или более) признака из перечисленных ниже.
  1. Стремление избегать мыслей, чувств или бесед, связанных с травмой.
  2. Стремление избегать занятий, мест или людей, которые возбуждают воспоминания о травме.
  3. Неспособность вспомнить важные аспекты травмы.
  4. Заметно сниженный интерес к участию в важных мероприятиях.
  5. Чувство отстраненности или отчуждения от других.
  6. Сужение диапазона аффекта (например, неспособность испытывать любовные чувства).
  7. Предощущение отсутствия перспектив в будущем (например, потеря надежд на построение карьеры, вступление в брак, рождение детей или нормальную жизнь).
- Стойкие симптомы повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), состоящие в одном или нескольких нарушениях, среди которых: трудности при засыпании или поддержании сна; раздражительность или вспышки гнева; невозможность сосредоточиться; сверхнастороженность или преувеличенная реакция испуга.
- Нарушения длятся дольше 1 месяца.
- Дисфункции порождают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной и других важных областях функционирования.
- Клиницисту, выставляющему диагноз ПТСР, важно также уточнить, является ли состояние *острым* (продолжительность симптомов — меньше 3 месяцев) или *хроническим* (продолжительность симптомов — 3 месяца и дольше).
- Клиницист должен далее указать, отмечено ли состояние отсроченным началом, в случае которого симптоматика развивается как минимум через 6 месяцев после воздействия стрессора.

Источник: American Psychiatric Association, 1994.

ющиеся вскоре после провоцирующего события. Некоторые авторитетные ученые выражают сомнение, стоит ли вообще диагностировать отсроченную реакцию как ПТСР; взамен некоторые склонны классифицировать ее как некое другое расстройство, обусловленное тревогой. Важно помнить, что критерий посттравматического стрессового расстройства следующий: реакции должны продолжаться по меньшей мере в течение одного месяца.

Важно отметить, что **синдром катастрофы** характеризует реакции многих жертв крупных катастроф, повлекших за собой большие потери или причинивших массовые страдания (см. справку 4.2).

Этот синдром можно описать с точки зрения реакций, возникающих в ходе травматического переживания, первоначальных реакций сразу после него (острый пост-

СПРАВКА 4.2

Проблемы преодоления последствий урагана-убийцы

В сентябре 1989 года на побережье в окрестностях Чарльстона, штат Южная Каролина, обрушился один из самых мощных и разрушительных за всю историю ураганов, ураган Хьюго, со скоростью ветра 175 миль в час и высотой волны от 12 до 23 футов. Погибло свыше 35 человек, а сотни домов и построек были уничтожены, из-за чего тысячи людей остались без крова. Сотни тысяч людей остались без электричества и около 300 000 – без работы.

Среди наиболее тяжело пострадавших от Хьюго были маленькие дети. Белтер и Шеннон (Belter & Shannon, 1993) установили, что после урагана у детей значительно умножились и утяжелились паттерны проблемного поведения, в том числе зависимое и капризное поведение, фрустрация, раздражительность, вспышки гнева и нарушения сна (с. 97). Симптомы посттравматического стрессового расстройства сохранялись у детей даже спустя месяцы после урагана. Свенсон с коллегами (Swenson et al., 1991) сообщили, что 28% обследованных детей демонстрировали эмоциональные и поведенческие нарушения сразу после урагана, у 29% они сохранялись через шесть месяцев; у 16% проблемы отмечались через семь-девять месяцев, а у 6% они все еще присутствовали через год после катастрофы.

В другом исследовании Гаррисон и его коллеги (Garrison et al., 1993) наблюдали за 1264 подростками в возрасте от 11 до 17 лет, которые проживали в трех общинах Южной Каролины, пострадавших от урагана, и которым они предлагали ответить на вопросы опросника из 174 позиций. Степень стресса, вызванного ураганом, наглядно показывает тот факт, что 12% подростков сообщили, что им пришлось покинуть свои дома, 4% сказали, что от урагана пострадал кто-то из их близких, 10% сами получили травмы, а у 71% отмечался страх получить их. Самыми частыми симптомами ПТСР, предъявлявшимися подростками, были отстраненность (36%), избегание мыслей и чувств, связанных с ураганом (36%), раздражительность и гнев (25%) и физиологическое возбуждение (20%). Общее число предъявленных симптомов ПТСР было связано с тяжестью воздействия, оказанного ураганом. В целом 5% обследованных подростков сообщили о достаточно тяжелых и многочисленных симптомах, чтобы им был поставлен диагноз ПТСР. Процесс восстановления после стихийного бедствия был значительно ускорен несколькими коммунитарными программами, призванными помочь жертвам пережить непосредственный кризис и приспособиться к сложным условиям, порожденным катастрофой. Сразу по окончании бедствия были мобилизованы службы кризисного вмешательства, чтобы обеспечить краткое консультирование и выработать программы помощи нуждающимся жертвам (Joyner & Swenson, 1993). Кроме того, были введены школьные программы социальной поддержки, призванные помочь детям вернуться к учебе (Stewart et al., 1992).

травматический стресс) и долгосрочных или отдаленных осложнений (хронический или отсроченный посттравматический стресс).

Первоначальные реакции жертвы сразу после бедствия обычно состоят из трех стадий: 1) стадия шока, когда человек пребывает в оглушенном, ошеломленном и апатичном состоянии; 2) суггестивная стадия, на которой он склонен к пассивности и внушаемости, проявляя готовность следовать указаниям спасателей или других лиц, и 3) стадия восстановления, когда жертва может пребывать в напряжении, выказывать боязливость и генерализованную тревогу, но постепенно восстанавливает психологическое равновесие, зачастую обнаруживая потребность вновь и вновь рассказывать о катастрофическом событии. Именно на третьей стадии может развиться посттравматическое стрессовое расстройство. Повторяющиеся кошмары и характерное желание снова и снова рассказывать одну и ту же историю о бедствии определяются как механизмы снижения тревоги и десенсибилизации в отношении травматического переживания. Напряжение, боязливость и гиперсензитивность представляются резидуальными последствиями шоковой реакции и отражают осознание человеком, что мир может стать несказанно опасным и полным угроз.

В некоторых случаях клиническая картина может осложняться глубокой скорбью и депрессией. Когда человек чувствует, что своей личной несостоятельностью он поспособствовал потере близких людей, картина может еще более осложниться сильным чувством вины, и посттравматический стресс, бывает, растягивается на месяцы. Этот паттерн хорошо виден на примере следующего случая, произошедшего с мужем, которому не удалось спасти свою жену во время авиакатастрофы на Тенерифе в 1977 году.

Разбор случая: чувство вины и депрессии у оставшегося в живых. История Мартина глубоко трагична. Он потерял свою любимую 37-летнюю жену и проклинает себя за ее смерть, потому что после удара [другого самолета] около 25 секунд сидел оглушенный и неподвижный. Он ничего не видел, кроме огня и дыма в проходе, но заставил себя встать и повел жену к рваной дыре, находившейся выше и кзади от его места. Мартин выбрался на крыло, свесился вниз в пробоину и схватил жену за руку, но взрыв в салоне буквально вырвал ее у него из рук, а его швырнул обратно на крыло. Он спустился на полосу, двинулся обратно, чтобы спасти жену, но через несколько секунд самолет взорвался.

[Пять месяцев спустя] Мартин пребывал в депрессии и тоске, ему снились чудовищные сны, он был вспыльчив, легко приходил в замешательство и раздражение. «То, что я видел, навсегда останется моим кошмаром», — говорит он. Он сказал [психологу-интервьюеру], что старается не смотреть телевизор и не ходит в кино, потому что в любой момент может увидеть там страшную сцену (Perlberg, 1979, pp. 49–50).

Иногда чувство вины, испытываемое уцелевшими, вызвано их убежденностью в том, что они заслуживали выжить не больше, а то и меньше, чем те, кто умер. После крушения авиалайнера, следовавшего в Майами, в национальном парке Эверглейдс, что во Флориде, которое унесло много жизней, один из участников полета объяснял: «Я все время думал: я жив. Слава Богу. Но я не понимал, почему судьба пощадила меня. Я чувствовал, что это несправедливо» (*Time, Jan.* 15, 1973, p. 53).

Посттравматическая симптоматика крайней выраженности, возникающая вслед за серьезными катастрофами, не редкость. Бланшар, Хиклинг, Бартон и Тэйлор (Blanchard, Hickling, Barton & Taylor, 1996) наблюдали группу жертв дорожно-

транспортных происшествий, которые вследствие аварии обратились за медицинской помощью. При контроле через 12 месяцев исследователи не обнаружили смягчения симптоматики у трети из тех, кто первоначально удовлетворял диагностическим критериям ПТСР. В другом случае, в Техасе, после массового расстрела гуляющих вооруженным террористом, психологи опросили 136 выживших и диагностировали ПТСР у 20% мужчин и 36% женщин. В недавнем сравнительном обзоре данных исследований катастроф, куда были включены сведения о посткатастрофической психопатологии, сообщается, что проблемы с психологическим приспособлением отмечались в среднем у 17% жертв, переживших катастрофу (Rubonis & Bickman, 1991), что совпадает с данными Ла Грека, Силвермана, Вернберга и Принстейна (La Greca, Silverman, Vernberg & Prinstein, 1998), согласно которым симптомы ПТСР отмечались у 18% лиц, обследованных после урагана Эндрю. Грин с коллегами (Green et al., 1992) и Грин и Линди (Green & Lindy, 1994) обследовали 193 жертвы трагического наводнения в Буффало-Крик спустя 14 лет после катастрофы, обнаружив у значительной части выборки отчетливые симптомы прошлого и текущего ПТСР. Как мы видели, чувство вины из-за неспособности защитить близких, оказавшихся в опасности, может быть чрезвычайно интенсивным, особенно в ситуациях, позволяющих возложить ответственность непосредственно на то или иное лицо.

Состояние людей с травматической реакцией может осложняться в случаях тяжелой утраты. Например, после сильнейшего пожара в Окленде/Беркли, от которого 24 человека погибли, а 3125 остались без крова, Купман, Клэйзесен и Шпигель (Koopman, Clasesen & Spiegel, 1997) сообщили, что лица, пережившие большую потерю (например, дóма), тяготели к переживанию возникших стрессовых изменений. Аналогичным образом, те, кто стал инвалидом, сочли, что их жизнь заметно изменилась. Индивиду, парализованному после автокатастрофы, в которой погибла его жена, приходится иметь дело не только с горечью утраты, но и выдерживать длительную реабилитацию, равно как и вести совершенно новую жизнь. Выздоровление может осложняться и психологическим воздействием процедур, предусмотренных при назначении компенсации за недееспособность. В связи с трудностями, присущими судебным тяжбам, иски о нанесении вреда личности продлевают посттравматическую симптоматику (Egendorf, 1986; Okura, 1975).



По людям, ставшим жертвами изображенного здесь наводнения, видно, что преодоление последствий природных катаклизмов может потребовать огромных адаптационных усилий. В некоторых исследованиях было показано, что из всех детей, травмированных в результате бедствия, 20% впоследствии могут страдать расстройствами приспособления.

Причинные факторы в посттравматическом стрессе

Большинство людей, застигнутых катастрофой, функционируют сравнительно неплохо, а многие из них даже проявляют героизм (Rachman, 1990). Возникновение или отсутствие посттравматического стрессового расстройства зависит от ряда факторов. Исходя из данных некоторых исследований, можно предположить, что личность играет определенную роль в снижении уязвимости в случае тяжелого стресса (Clark, Watson & Mineka, 1994). Создается впечатление, что на высших уровнях травмирующего переживания вариативность большинства реакций на стресс объясняется природой самого травмирующего стрессора (например, Ursano, Boydstun & Wheatley, 1981); однако оказывается, что у женщин посттравматическое расстройство развивается чаще, чем у мужчин (Breslau, Davis et al., 1997). Другими словами, у всех есть свой предел прочности, и можно ожидать, что у среднего человека при стрессе достаточно высокого уровня впоследствии разовьются те или иные психологические нарушения (которые могут быть либо краткосрочными, либо долговременными).

Стресс, выбивающий из колеи, может пережить даже бывалый офицер полиции, как это явствует из следующего случая.

Разбор случая: посттравматический стресс у офицера полиции. Все 14 лет своей службы Дон был образцовым полицейским офицером. Его высоко ценило начальство, у него была степень магистра в области социальной работы, и он был удостоен звания сержанта. Во время патрулирования он услышал, что произошла авиакатастрофа, и немедленно выехал на место происшествия, чтобы оказать помощь в случае, если найдутся выжившие. Прибыв на место, он в потрясении бродил вокруг, выискивая хоть кого-нибудь, нуждающегося в помощи, но повсюду были сплошные разрушения. Несколько следующих дней он вспоминал позднее как дурной сон.

После расчистки завалов он в течение нескольких дней пребывал в полной депрессии, потерял аппетит, не мог заснуть и утратил потенцию. Образы и воспоминания о катастрофе возникали перед ним словно бы ниоткуда. Он сообщал о повторявшемся сне, в котором наталкивался на крушение, ведя машину или самолет. В своем сне он мчался к обломкам и помогал пассажирам перебраться в безопасное место.

Дон решил, что нуждается в помощи, и обратился за консультацией. В связи с ухудшением настроения и физического состояния он отправился в отпуск по медицинским показаниям. Через восемь месяцев после аварии он все еще лечился и не мог возвратиться к работе. В процессе терапии стало ясно, что еще до катастрофы Дон испытывал сильнейшие гнев и неудовлетворенность собой. Его затянувшееся психологическое расстройство было не только результатом его страданий в связи с авиакатастрофой, но и способом выразить другие проблемы (По Davidson, 1979a, 1979b; O'Brien, 1979.)

Во всех случаях посттравматического стресса обусловленный страх, связанный с травматическим переживанием, оказывается главным причинным фактором. Поэтому оперативное проведение психотерапии сразу после травматического переживания считается важным для профилактики укрепления обусловленного страха и резистентности к изменению.

Теперь мы проанализируем несколько случаев посттравматического стрессового расстройства, изучая непосредственные и долгосрочные последствия ряда тягостных ситуаций, среди которых — изнасилование, участие в военных действиях, пребывание в плену или в концентрационном лагере, а также серьезные угрозы жизни и безопасности.

Травма, нанесенная изнасилованием

Изнасилование состоит в принуждении кого-либо к вступлению в половую связь против его воли — ситуация, способная причинить жертве серьезную травму. В нашем обществе изнасилования случаются с пугающей частотой (дальнейшее обсуждение см. в главе 11). В большинстве случаев жертвой оказывается женщина. Изнасилование — самая частая причина ПТСР у женщин (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). В главе 11 мы рассмотрим патологию насильников; в этой главе нас будет интересовать реакция жертвы на изнасилование, которая может варьировать в зависимости от ряда факторов. При *изнасиловании незнакомцем*, когда жертва не знает обидчика, она, несомненно, испытает сильный страх, боясь причинения физического вреда и смерти. При *изнасиловании знакомым* реакция, как правило, несколько иная (Ellison, 1977; Frazier & Burnett, 1994). В такой ситуации жертва может испытывать не только страх, но и чувствовать себя преданной человеком, которому доверяла. Она может ощущать серьезную ответственность за случившееся и переживать более сильное чувство вины. Кроме того, в этом случае жертва чаще колеблется, не зная, обращаться ли за помощью и заявить ли об изнасиловании в полицию из страха, что ее сочтут частично ответственной за случившееся.

На реакцию жертвы также могут повлиять ее возраст и обстоятельства жизни (Adam, Everett & O'Neal, 1992). У маленького ребенка, который ничего не знает о сексуальном поведении, изнасилование может привести к отягчающим последствиям в сексуальной области и породить застенчивость, особенно если ребенка побуждают забыть о переживании без предварительного подробного его обсуждения (Browne & Finkelhor, 1986). У взрослых молодых женщин изнасилование может усилить конфликт между независимостью и разлукой (самостоятельным проживанием отдельно от родителей), нормальный для этой возрастной группы. Родители таких жертв, стремясь помочь, могут поощрять различные формы регрессии, такие как возвращение в отчий дом, что может снизить влияние этой фазы развития. Жертвы изнасилования, состоящие в браке и имеющие детей, сталкиваются с необходимостью объяснить детям свои переживания. Иногда ощущение беззащитности, порожденное изнасилованием, оставляет у женщины чувство, что она временно не в состоянии позаботиться о своих детях.

Мужья и друзья, если они равнодушны к переживаниям женщины после изнасилования, своим поведением и установками могут негативно влиять на приспособление жертвы. Отвержение, оскорбления, безудержный гнев на обидчика или настаивание на скорейшем возобновлении половой жизни могут усилить негативные чувства у жертвы.

Мак-Канн и коллеги (McCann et al., 1988) нашли, что у женщин пережитое изнасилование оказывало влияние на пять областей жизненного функционирования. Во-первых, часто наблюдались физические нарушения, включая гипервозбуждение и тревожность (типичные симптомы ПТСР). В одном недавнем исследовании было показано, что женщины с сексуальным посягательством в анамнезе считали, что обладают более слабым здоровьем (Golding, Cooper & George, 1997). Во-вторых, женщины, подвергавшиеся сексуальному насилию, испытывали эмоциональные расстройства, такие как тревога, депрессивное настроение и низкое самоуважение. Фирман и коллеги (Fierman et al., 1993) пришли к выводу, что в биографиях пациентов,

обратившихся за помощью в клинику по лечению тревоги, видное место занимали предшествующие травмы, особенно сексуальное злоупотребление, физическое насилие и изнасилование. Фальсетти и его коллеги (Falsetti et al., 1995) сообщили, что преступные посягательства упоминались в анамнезе у 94 % их женской выборки. В-третьих, после изнасилования женщины склонны предъявлять когнитивные дисфункции, в том числе нарушенную концентрацию внимания и навязчивые мысли (Valentiner, Foa, Riggs & Gershuny, 1996). В-четвертых, многие женщины после изнасилования сообщали о своих нетипичных поведенческих действиях — агрессивных, асоциальных поступках и злоупотреблении химическими веществами. Наконец, многие женщины, пережившие изнасилование, сообщали о затруднениях в своих социальных отношениях, включая сексуальные проблемы, интимные проблемы и сексуальные посягательства в дальнейшем. Все эти симптомы свойственны ПТСР.

Совладание со стрессом при изнасиловании

Изучение состояния жертв изнасилования вскоре после травмы позволило составить четкое представление об эмоциональных нарушениях и психологических процессах, через которые они проходят, стремясь превозмочь свои переживания (Burgess & Holmstrom, 1974, 1976; Frazier & Schauben, 1994; Frazier & Burnett, 1994). Фактически борьба начинается еще до того, как изнасилование состоялось, и завершается через много месяцев после нападения. Чувства и проблемы, переживаемые женщинами на различных этапах травмы, а также вышеупомянутые данные суммированы и сведены воедино в следующих категориях.

Фаза предвидения. Этот период наступает до фактического изнасилования, когда преступник «подготавливает» жертву, а та начинает понимать, что опасная ситуация действительно существует. В первые минуты этой фазы жертва часто пользуется такими защитными механизмами, как отрицание, чтобы сохранить иллюзию неприкосновенности. Ее обычные мысли таковы: «Со мной это не может случиться» или «На самом деле он вовсе не имеет это в виду».

Фаза столкновения. Эта фаза начинается с признания жертвой того, что ее действительно намерены изнасиловать, и завершается, когда изнасилование уже состоялось. Первой реакцией жертвы обычно бывает интенсивный страх за свою жизнь, который гораздо сильнее страха перед самим половым актом. Саймондс (Symonds, 1976) описал парализующее воздействие сильного страха на жертвы преступления, показав, что он обычно влечет за собой различной степени дезинтеграцию функционирования, а также, возможно, полную неспособность к каким-либо действиям. Рот и Лебовиц (Roth & Lebowitz, 1988) нашли, что сексуальная травма «сталкивает индивида» с трудноуправляемыми эмоциями и образами, которые могут иметь долговременные последствия для приспособления. Когда впоследствии жертва вспоминает свое поведение во время покушения, она может испытать чувство вины за то, что не отреагировала более действенно, и нужно успокоить ее, убедив, что все ее поступки были совершенно нормальными.

Фаза посттравматической отдачи начинается сразу после изнасилования. Берджесс и Холмстром (Burgess & Holmstrom, 1974, 1976) наблюдали два стиля эмоционального поведения у жертв изнасилования, которых они расспрашивали в приемном отделении стационара: 1) экспрессивный стиль, при котором страх и тревога проявлялись в плаче, рыданиях и беспокойстве, и 2) контролируемый

стиль, при котором чувства скрывались под маской спокойствия, сдержанности и подавленности. Независимо от стиля большинство жертв испытывали чувство вины за то, как вели себя с преступником, и считали, что должны были отреагировать жестче или сражаться отчаяннее. Избыточные самообвинения были связаны с плохим долговременным приспособлением (Meyer & Taylor, 1986). Чувство зависимости усиливалось, и жертвы часто нуждались в ободрении и помощи в том, чтобы позвонить родителям или друзьям, а также принять другие необходимые меры.

Фаза восстановления начинается, когда у жертвы возникает желание покинуть приемное отделение или кризисный центр. Она завершается зачастую много месяцев спустя, после ассимиляции стресса, вызванного изнасилованием, разделения переживания со значимым окружением и восстановления Я-концепции жертвы. Для этой фазы типичны определенные паттерны поведения и симптомы:

1. Характерны действия самозащиты, как, например, изменение номера своего телефона и смена места жительства. В этом смысле страх жертвы часто бывает вполне оправданным, ибо даже в том маловероятном случае, когда преступника арестовывают и предъявляют обвинение в изнасиловании, он часто освобождается под залог.
2. Часто бывают ночные кошмары, в которых изнасилование переживается повторно. Когда приближается момент ассимиляции переживания, содержание снов может постепенно преобразовываться, пока не наступает ситуация, в которой жертва успешно побеждает противника.
3. Сразу после изнасилования нередко развиваются фобии, в том числе боязнь находиться в помещении или вне его (в зависимости от места, в котором произошло изнасилование), боязнь одиночества, толпы, преследования, а также сексуальные страхи.

Долговременные последствия

Возникновение у жертвы серьезных психологических проблем во многом зависит от ее прошлых навыков копинга и уровня психологического функционирования. Женщина, хорошо приспособленная в прошлом, обычно восстанавливает свое прежнее равновесие, но изнасилование может спровоцировать тяжелую патологию в том случае, если она страдает психологическими расстройствами (Meyer & Taylor, 1986). На процесс восстановления влияли перцепции жертв относительно их способности контролировать будущие обстоятельства. Женщины, склонные к самообвинению или думавшие больше о том, *почему* произошло изнасилование, оправлялись от травмы медленнее, чем те, которые считали, что в будущем подобные покушения не столь вероятны (Frazier & Schauben, 1994). Когда проблемы сохраняются или возникают позднее в рамках отсроченного посттравматического стрессового расстройства, они обычно подразумевают тревогу, депрессию, замкнутость и трудности с поддержанием гетеросексуальных отношений (Gold, 1986; Koss, 1983; Meyer & Taylor, 1986).

Консультирование жертв изнасилования

Женское движение сыграло решающую роль в организации специализированных служб, консультирующих по вопросам, связанным с изнасилованием, такие как горячие линии и кризисные центры для жертв, которые часто укомплектованы

парапрофессионалами, предоставляющими жертвам общую поддержку как в индивидуальном, так и в групповом формате. Кроме того, во многих кризисных центрах действует служба охраны, работники которой являются подготовленными добровольцами и сопровождают женщину на пути в больницу или полицейский участок, помогают ей уяснить процедуры и помогают преодолеть бюрократические преграды. Охранник также может провожать женщину на встречи с представителями служб правопорядка и в суд, где могут временно оживляться воспоминания о травме.

Травма, связанная с военными действиями

Многие люди, принимавшие участие в военных операциях, позднее, годами или месяцами страдают тяжелыми психологическими расстройствами (Barrett, Resnick et al., 1996). В период Первой мировой войны травматические реакции на боевые условия были названы **военным неврозом** — термин, изобретенный британским патологом, полковником Фредериком Моттом (Mott, 1919), который рассматривал эти реакции как органические состояния, вызванные мельчайшими мозговыми геморрагиями. Однако постепенно пришло понимание того, что физические повреждения имели место лишь в малом проценте подобных случаев. У большинства участников расстройства были вызваны общей ситуацией сражения, физическими лишениями, длительной угрозой гибели или увечья и тяжелым психологическим шоком. Во время Второй мировой войны травматические реакции на боевые действия не раз подвергались различной классификации, именуясь то усталостью, вызванной военными действиями, то военным неврозом прежде, чем были названы в итоге боевым изнурением или боевым истощением, что произошло в период корейской и вьетнамской войн. Даже эти последние термины были подобраны не совсем удачно, поскольку из них следовало, будто физическое истощение играло большую роль, чем это было на самом деле. Они, однако, позволяли отграничить подобного рода расстройства от других психологических нарушений типа наркомании, которые тоже наблюдались в военных условиях, но с тем же успехом могли иметь место в гражданской жизни.

Было установлено, что в годы Второй мировой войны боевое истощение (термин, которым обозначались во время Второй мировой войны посттравматические расстройства) развивалось у 10% американцев, участвовавших в боевых действиях. Однако реальная частотность неизвестна по той причине, что многие солдаты получали поддерживающую терапию в своих батальонных пунктах медицинской помощи и снова шли в бой. В действительности боевое истощение на этой войне послужило единственной причиной крупных потерь среди личного состава (Bloch, 1969). В годы корейской войны частотность случаев боевого истощения упала с первоначальной цифры, превышавшей 6%, до 3,7%; 27% были комиссованы по психиатрическим основаниям (Bell, 1958). Во время вьетнамской войны показатели боевого истощения упали ниже 1,5% на фоне статистически незначимого числа комиссованных в связи с психиатрическими расстройствами (Allerton, 1970; Bourne, 1970).

Тем не менее в исследованиях была показана большая распространенность посттравматического стрессового расстройства среди ветеранов Вьетнама. Хотя,

как известно сегодня, боевое истощение, или острое стрессовое расстройство, было для них не столь значимым фактором, как в прежних войнах, боевой стресс с очевидностью проявлялся позднее и был отчетливо связан не с изнурением, а с *переживанием* боя (Goldberg et al., 1990).

Анализ был продолжен с целью оценки связи между степенью участия в боевых действиях и последующим развитием посттравматического стрессового расстройства. Исследователи обнаружили, что у мужчин, активно участвовавших в сражениях, симптомы посттравматического стрессового расстройства встречались чаще, чем у тех, кто подвергался воздействию факторов боя в меньшей степени (Bremner, Southwick & Charney, 1995).

Клиническая картина боевого стресса

Специфические симптомы боевого стресса значительно варьируют в зависимости от характера возложенных обязанностей, тяжести и характера травмирующего переживания и личности индивида. Вызывающим страх фактором является простое пребывание в зоне боевых действий, где существует большая вероятность разрыва снаряда, гибели или ранения оказавшихся поблизости людей (Zeidner, 1993). (О стрессах при выполнении солдатами некоторых обязанностей, не связанных с боевыми действиями, см. справку 4.3 «Современная жизнь».)

Фактически гражданские лица, проживающие в зонах военных действий, также рискуют развитием ПТСР. Исследования с участием 492 израильских детей из начальных классов, подвергавшихся обстрелу ракетами Скад во время войны с Ираком, показали, что в зонах попадания ракет отмечались более выраженные стрессовые реакции (Schwarzwald et al., 1993). В другой работе было показано, что уровень тревоги у гражданских лиц, находившихся под угрозой атаки, во время войны был значительно выше, чем при повторной проверке, когда война завершилась (Weizman et al., 1994). Кроме того, по вечерам (когда обычно наносились удары ракетами Скад) тревога обычно ощущалась сильнее, чем в дневное время.

В одном исследовании проводилась оценка самоотчетов 251 ветерана Вьетнама, после чего те были разбиты на группы в соответствии с тремя уровнями пережитого стресса: 1) участвовавшие в бою; 2) подвергнутые жестокому насилию в бою и 3) участвовавшие в жестоком насилии в бою (Laufer, Brett & Gallops, 1985). Исследователи пришли к выводу, что посттравматические симптомы, среди которых числились навязчивые образы, гипервозбуждение, оцепенение и когнитивная дезинтеграция, были связаны с испытанным на себе насилием. Участие в жестоком насилии прочнее было связано с более серьезной патологией, отмеченной когнитивной дезинтеграцией, например депрессией. Авторы пришли к выводу, что клиническая картина посттравматического стрессового расстройства варьирует в соответствии с характером стрессоров. В зоне военных действий участие в сражении — не единственный стрессор. У солдат, отвечавших за захоронение и регистрацию погибших, отмечалась высокая частота таких симптомов ПТСР, как гнев, тревога и соматические недуги, по сравнению с солдатами, на которых не были возложены такие обязанности (McCarroll, Ursano & Fullerton, 1995). Кроме того, некоторые люди, из поступающих на военную службу, больше других подвержены развитию стрессовых симптомов.

Однако несмотря на эти вариации, общая клиническая картина была на удивление единой для всех солдат с боевым стрессом, воевавших на разных войнах. Первыми симптомами были повышенная раздражительность и сензитивность, нарушения сна и часто повторяющиеся кошмары. При недавнем эмпирическом изучении эмоциональных составляющих ПТСР у боевых ветеранов было установлено, что гнев и проблемы с его обузданием — значимый компонент посттравматического стресса для них (Chemtob et al., 1994).

СПРАВКА 4.3. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Высокие эмоциональные издержки поддержания мира

Миссия по поддержанию мира в странах, раздираемых конфликтами, изначально представлялась гуманитарными усилиями, призванными служить исключительно мирным целям – защите гражданского населения нейтральными силами, размещенными между воюющими сторонами, и обеспечению безопасности при оказании помощи гражданскому населению. Однако обязанности и ответственность, возложенные на развернутый в этих зонах личный состав, могут быть крайне неоднозначными, и «продвижение миссии» фактически может втянуть миротворцев в глубокий конфликт, к которому они не были подготовлены. В действительности некоторые «не связанные с боевыми действиями» военные командировки, подобные миссиям в Сомали и Боснии, могут порождать стресс не меньший, чем в военное время, и приводить к трагедиям, которые способны глубоко травмировать всех вовлеченных лиц.

Трагический случай произошел с молодыми военнослужащими, мужчинами и женщинами, направленными с гуманитарной миссией по продовольственному обеспечению тысяч голодающих жителей Сомали. Некоторые вооруженные сомалийские боевики не приняли помощи извне и агрессивно сопротивлялись миротворческим усилиям. Пятого июня 1993 года 24 миротворца, дислоцировавшихся в Пакастани, были убиты после того, как их миссия «расширилась» до закрытия радиостанции, которую одна из группировок использовала для пропаганды, направленной против ООН. Затем, в октябре 1993 года, 18 американских солдат были убиты во время вылазки с целью захвата одного из сомалийских военачальников. Телевидение живо освещало эту акцию и показывало чудовищные кадры, на которых было запечатлено, как трупы американских солдат сомалийцы волокли по улицам в знак открытого пренебрежения к присутствию сил ООН. После этих инцидентов миссия претерпела значительные изменения.

В результате многие участники этой гуманитарной миссии пережили значительный стресс. У некоторых, спустя месяцы после командировки, развились симптомы посттравматического стрессового расстройства. В недавних исследованиях Литца с коллегами (Litz, Orsillo, Friedman, Ehlich et al., 1997; Litz, King, King et al., 1997) сообщалось о распространенности симптомов посттравматического стресса среди личного состава, выполнявшего миротворческую миссию в Сомали. Они опросили 3461 военнослужащего из тех, что состояли на действительной военной службе, и при контроле через 5 месяцев обнаружили симптомы ПТСР у 8% солдат.



Даже миротворческие миссии могут оказаться не менее стрессовыми и трагическими, чем операции военного времени, как явствует из этой ужасной сцены, где тело американского солдата волокут по улицам Могадишо.

Зафиксированные случаи боевого стресса среди солдат, участвовавших в различных войнах, показывают, что общим симптомом обычно является чувство непереносимой тревоги. В сравнении с этим интересно отметить, что большинство солдат, получивших ранение, выказывало меньше симптомов тревоги и боевого истощения, чем солдаты без физических травм, за исключением случаев глубоких увечий. Очевидно, что ранение, благодаря которому открывается возможность ухода от стрессовой ситуации военных действий, устраняет источник тревоги. Похожие данные приводились в отношении израильских солдат, госпитализированных во время пяти-шестинедельной Войны судного дня 1973 года, когда Израиль атаковали египетские и сирийские войска (Merbaum & Hefez, 1976). В действительности нет ничего необычного в том, что солдаты молятся о ранении или о том, чтобы с ними случилось нечто, что могло им дать возможность покинуть поле боя. Бывает, что в преддверии скорого выздоровления и необходимости вернуться в строй, солдаты демонстрируют затяжную симптоматику или отсроченные травматические реакции нервозности, бессонницы, равно как и другие симптомы, которых не было на момент госпитализации.

Узники войны и выжившие жертвы Холокоста

Переживания узников войны относятся к самым стрессовым и неизменно болезненным впечатлениям военного времени (Beal, 1995; Page Engdahl et al., 1997). Хотя некоторые люди оказались в силах приспособиться к стрессу (особенно, если они входили в какую-то группу и получали от нее поддержку), анализ прошлых событий позволяет говорить об огромных потерях среди узников. Около 40% американцев, помещенных в японские лагеря для военнопленных во время Второй мировой войны, умерли в заключении; еще больше узников погибли в нацистских концентрационных лагерях. У людей, переживших ужас нацистских концлагерей, часто сохранялась резидуальная органическая и психологическая симптоматика в сочетании с пониженной толерантностью к любому стрессу. Симптомы часто были многочисленными и сводились, как правило, к тревоге, бессоннице, головным болям, раздражительности, депрессии, ночным кошмарам, нарушенной половой потенции и функциональной диарее (что наблюдается в любой, даже сравнительно мягкой стрессовой ситуации). Такого рода симптомы приписывались воздействию не только психологических, но и биологических стрессоров, таких как черепно-мозговые травмы, неполноценное питание в течение длительного времени и тяжелые инфекционные заболевания (Sigal et al., 1973; Warnes, 1973).

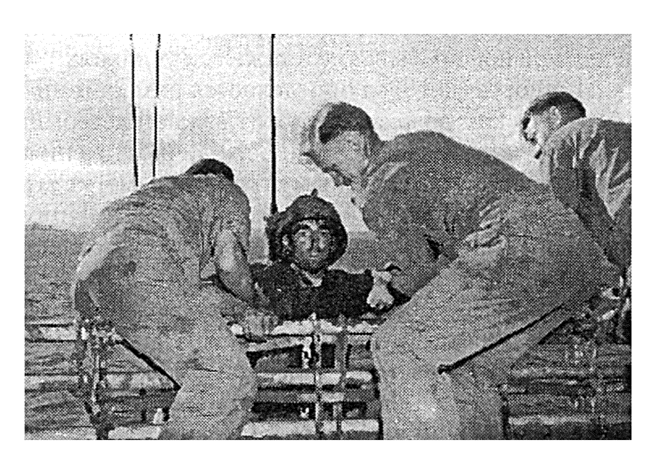
У вернувшихся из плена военнопленных последствия нанесенной им психологической травмы часто маскировались чувствами облегчения и ликования, которыми сопровождалось освобождение из заключения. Однако даже при незначительных признаках резидуальной соматической патологии у выживших узников военного времени обычно наблюдалась пониженная резистентность к физическим недугам, низкая толерантность к фрустрации, частая алкогольная и наркотическая зависимость, раздражительность и другие признаки эмоциональной неустойчивости (Chambers, 1952; Goldsmith & Cretekos, 1969; Hunter, 1978; Strange & Brown, 1970; Wilbur, 1973). Многие ветераны периодически испытывают гнев по незначительным поводам, который многим из них нелегко контролировать. При таких дезадаптивных паттернах поведения вмешательство может потребоваться спустя

годы после того, как прошел стресс, вызванный военными действиями (Chemtob, Novaco, Hamada & Gross, 1997). Есть также данные, позволяющие предположить, что участие в сражениях может приводить к тяжелым проблемам приспособления, включая асоциальное поведение (Barrett, Resnick, Foy & Dansky, 1996).

В ретроспективном исследовании симптомов дефектного психологического приспособления после репатриации Энгдаль с коллегами (Engdahl et al., 1993) проинтервьюировали большую выборку бывших военнопленных и обнаружили, что через год после освобождения из плена половина из них предъявляла симптомы, удовлетворявшие критериям для ПТСР; около одной трети удовлетворяло этим критериям через 40–50 лет после войны, что говорило о наглядной силе последствий военной травмы.

Другим показателем ущерба, нанесенного пролонгированным стрессом в связи с пребыванием в концлагере или лагере для военнопленных, служит повышенная смертность после возвращения к мирной жизни. Вольфф (Wolff, 1960) обнаружил, что среди лиц, вернувшихся из лагерей для военнопленных, располагавшихся в годы Второй мировой войны в Тихоокеанском регионе, за первые шесть лет смертность от туберкулеза в 9 раз превысила ту, что ожидалась в мирных условиях; от желудочно-кишечных заболеваний — в 4 раза; от рака, сердечных заболеваний и вследствие самоубийств — более чем вдвое, и от несчастных случаев — более чем втрое. Многие расстройства приспособления и симптомы посттравматического стресса обнаруживаются у бывших военнопленных спустя многие годы после их освобождения (Sutker & Allain, 1995). У ветеранов Вьетнама Буллман и Канг (Bullman & Kang) выявили повышенный риск смерти от внешних причин (например, от передозировки наркотических веществ и несчастных случаев), связанный с ПТСР.

Отдельные затяжные расстройства, которыми страдают бывшие военнопленные, — прямое следствие жестокого обращения и голодания в плену. Суткер с коллегами (Sutker et al., 1992) исследовали память и когнитивную деятельность у выживших военнопленных и обнаружили, что те, кто в результате травмы перенес наибольшую потерю в весе, составлявшую свыше 35% от их веса до попадания в плен, значительно хуже справлялись с заданиями, требовавшими напряжения памяти, чем узники, питавшиеся лучше.



Было установлено, что в годы Второй мировой войны боевое истощение развивалось у 10% американцев, участвовавших в сражениях. Не приходится сомневаться, что боевой стресс наложил отпечаток на этого моряка, который только что побывал в тяжелом двухдневном сражении на Тихом океане.

Причинные факторы расстройств, вызванных боевым стрессом

В боевой обстановке, с присущей ей постоянной угрозой ранения и гибели, от которых едва удается спастись, обычные методы копинга оказываются сравнительно бесполезными. Чувства защищенности и адекватности, знакомые индивиду по относительно безопасной и надежной мирной жизни, подрываются до основания. В то же время мы должны отметить тот факт, что большинство солдат, побывавших в сражении, так и не стали психиатрическими пациентами, несмотря на то что у большей их части отмечались тяжелые реакции страха и другие симптомы дезорганизации личности, которые, однако, не были достаточно серьезными, чтобы вызвать недееспособность. Кроме того, прежде чем «сломаться», многие солдаты переживали почти немыслимый стресс, тогда как другие не смогли справиться с давлением сравнительно малого боевого стресса или совсем не участвовали в сражении, не выдержав, например, боевой подготовки.

С целью изучения травматических реакций на военные действия, мы должны рассмотреть кроме самого перенесенного стресса, также и прочие факторы, среди которых конституциональная предрасположенность, зрелость личности, преданность своему подразделению и уверенность в своих офицерах.

Темперамент. Влияют ли на резистентность солдат к боевому стрессу конституциональные различия в сензитивности, энергии и темпераменте? Возможно, что да, но это предположение мало подтверждается реальными фактами. Нам больше известно об условиях боевой обстановки, которые истощают эмоциональные и физические резервы солдат. Прибавьте другие факторы, которые часто возникают в боевых ситуациях, такие как тяжелые климатические условия, плохое питание, а также болезненное напряжение, вызванное постоянной мобилизацией эмоций, и в результате вы получите общее снижение физической и психологической резистентности к любого рода стрессорам.

Психосоциальные факторы. Ряд факторов психологического и межличностного порядка может способствовать общему стрессу, испытываемому солдатами, и предрасположить их к срыву во время боевых действий. К таким факторам относится ограничение личной свободы, фрустрация всех видов и разлука с домом, близкими людьми. Главную роль играют, несомненно, многочисленные стрессы, сопровождающие боевые действия, в том числе постоянный страх, непредсказуемые и большей частью неконтролируемые обстоятельства, необходимость убивать и длительное пребывание в тяжелых условиях.

Личность (которая определяется различиями темперамента, возникающими в младенческом возрасте) служит важной детерминантой приспособления к военным переживаниям. Особенности личности, снижающие резистентность индивида к стрессу или отдельным стрессорам, могут играть важную роль в предопределении его реакций на боевые действия. Причину, делающую солдата уязвимым перед боевым стрессом, нередко видят в незрелости личности, которая подчас становится результатом родительской гиперопеки. Уортингтон (Worthington, 1978) обнаружил, что тем американским солдатам, которым по возвращении с вьетнамской войны было трудно перестроиться и приспособиться к мирной жизни, приходилось труднее и в период военной службы, равно как и до нее, в отличие от хорошо приспосабливавшихся солдат. При изучении личностных характеристик израильских солдат, чей дух был сломлен в сражениях Войны судного дня, Мербаум

и Хефез (Merbaum & Hefez, 1976) обнаружили, что свыше 25% из них сообщили о полученном до войны психологическом лечении. Еще 12% перенесли расстройства ранее, в шестидневной арабо-израильской войне 1967 года. Таким образом, у 37% этих солдат в анамнезе отчетливо звучала та или иная эмоциональная неустойчивость, которая могла предрасположить их к срыву во время боевых действий. С другой стороны, из остальных солдат, претерпевших срыв, у 60% не возникало никаких трудностей в прошлом, и никто не считал, что они были подвержены риску развития подобного состояния.

История неудовлетворительного личного приспособления не всегда означает, что индивид не сможет противостоять боевому стрессу. Некоторые люди настолько привыкают к тревоге, что справляются с ней в значительной степени автоматически, тогда как солдаты, испытывающие глубокую тревогу впервые в жизни, могут ужаснуться переживанию, утратить уверенность в себе и в результате испытать тяжелый стресс.

Социокультурные факторы. В предопределении способности человека адаптироваться к боевой обстановке важную роль играют несколько социокультурных факторов. К этим общим факторам относятся ясность и приемлемость целей войны, идентификация с воинским подразделением, честь мундира и качество командования.

Важным моментом является степень ясности и приемлемости для индивида целей войны. Если цели успешно вписываются в систему ценностей солдата с точки зрения его «места» в войне, а также соответствуют оценке им важности происходящего, то это поддержит его в психологическом отношении. Другим важным фактором является идентификация индивида с воинским подразделением. В действительности, чем прочнее ощущение групповой идентификации, тем больше шансов на то, что солдат выдержит психологические перегрузки, вызванные военными действиями. Соблюдение *esprit de corps* (честь мундира. — *Прим. перев.*) влияет на моральный облик индивида и его приспособление к экстремальным обстоятельствам. Наконец, качество командования и уверенность в своем подразделении оказываются жизненно важными для приспособления солдата к боевой обстановке. Если солдат уважает своих командиров, уверен в их суждениях и способностях и может принимать их как сравнительно сильные фигуры, соответствующие восприятию им родителей или сиблингов, то его моральное состояние и резистентность к стрессу укрепляются. С другой стороны, отсутствие уверенности в командирах или неприязнь к ним пагубно сказывается на моральном облике и толерантности к боевому стрессу.

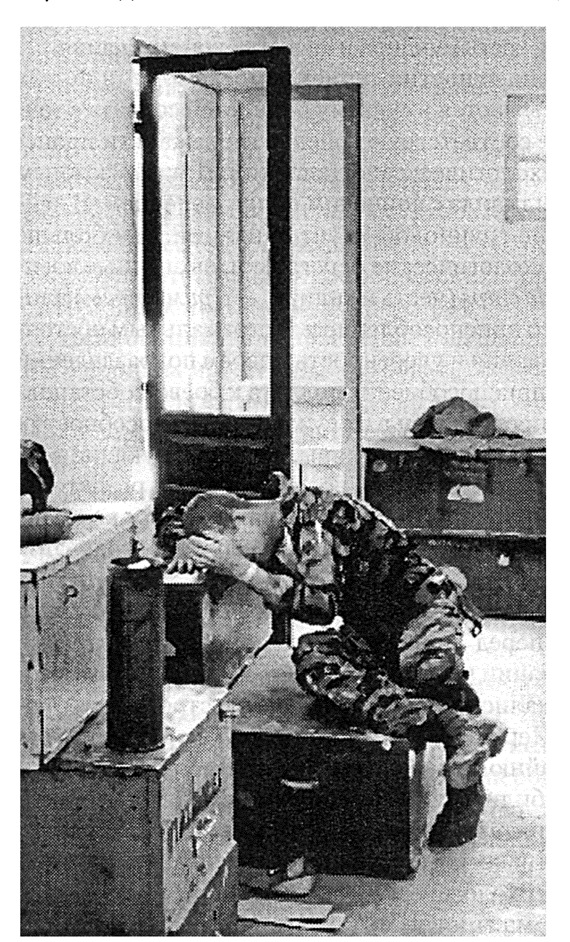
Представляется также, что возвращение в неприемлемую социальную среду может повысить уязвимость солдата перед лицом посттравматического стресса. Например, при контрольном обследовании через год мужчин-израильтян, у которых во время Войны судного дня отмечались психиатрические расстройства, спровоцированные боевыми действиями, Мербаум (Merbaum, 1997) обнаружил, что те не только продолжали выказывать крайнюю тревогу, но во многих случаях выглядели так, будто их расстройства усугубились с течением времени. Мербаум предположил, что их психологическая дезинтеграция была связана с неприязненным отношением со стороны общества; в стране, которая в своем выживании настолько полагается на мощь своей армии, психологический срыв на поле боя считается позорным пятном. Из-за такого клейма многие мужчины, вернувшись домой,

не только ощущали себя изгоями, но и предавались самообвинениям в связи с событиями, которые воспринимали как проявление собственной несостоятельности. Эти чувства усугубляли состояние солдат, которое и без того уже было стрессовым. Результаты более недавнего контрольного обследования ветеранов Войны судного дня, проведенного Соломоном и Кляйнхаузом (Solomon & Kleinhauz, 1996) через 18 лет после ее окончания, показали наличие у ветеранов резидуальных симптомов ПТСР (навязчивые мысли и избегание), которых не было у членов контрольной группы.

Долговременные последствия посттравматического стресса

Иногда симптомы посттравматического стресса могут проявляться у солдат, перенесших боевое истощение, длительное время. При отсроченном посттравматическом стрессе некоторые солдаты, великолепно державшиеся в боевых ситуациях, испытывают посттравматический стресс только по возвращении домой, зачастую в ответ на сравнительно слабые стрессоры, с которыми прежде легко справлялись. Очевидно, что адаптивным возможностям этих солдат был нанесен долгосрочный урон, в отдельных случаях осложнявшийся воспоминаниями об убийстве вражеских солдат или гражданских лиц, равно как и чувствами, окрашенными виной и тревогой (Haley, 1978; Horowitz & Solomon, 1978).

При обследовании военнослужащих, вернувшихся из Вьетнама, Стрэндж и Браун (Strange & Braun) сравнивали участвовавших и не участвующих в боях ветеранов, страдавших эмоциональными нарушениями. У членов боевой группы чаще встречались депрессии и



Травматическим реакциям на боевые действия могут способствовать многие факторы: конституциональная предрасположенность, незрелость личности, подорванное чувство преданности к своему подразделению, неуверенность в своих офицерах, а также фактический перенесенный стресс. Таким образом, хотя боевые ситуации полностью подрывают обычные методы копинга, некоторые солдаты способны пережить стресс без последующего возникновения психиатрических расстройств, тогда как другие могут «сломаться» под действием легкого боевого стресса.

трудности с поддержанием тесных межличностных отношений. Они также чаще прибегали к агрессивным и суицидным угрозам, но не воплощали их в жизнь. При последующем обследовании тех ветеранов Вьетнама, которые удовлетворительно приспосабливались к мирной жизни, де Фацио, Рустин и Дайамонд (DeFazio, Rustin & Diamond, 1975) обнаружили, что ветераны, побывавшие в сражении, продолжали предъявлять определенные симптомы в 2 раза чаще, чем те, кто не участвовал в боях. Природа, формы выражения отсроченного посттравматического стрессового расстройства противоречивы (Burstein, 1985). Часто бывает, что известные случаи синдрома отсроченного стресса у боевых ветеранов Вьетнама трудно связать непосредственно с боевым стрессом, ибо у этих людей могут быть и другие серьезные проблемы с приспособлением. Люди с нарушенным приспособлением могут ошибочно приписывать свои текущие проблемы тем или иным инцидентам из прошлого, например переживаниям на поле боя. Широкое освещение, которое недавно получило посттравматическое стрессовое расстройство, облегчило клиницистам задачу по отысканию провоцирующей причины в биографиях пациентов. В действительности частота, с которой это расстройство диагностировалось в последнее время, заставляет предположить, что участившееся использование этого диагноза настолько же отражает частотность расстройства, насколько является следствием его правдоподобности и популярности.

Серьезная угроза личной безопасности

К самым травмирующим и калечащим психику обстоятельствам, какие только могут переживать люди, относятся те, что связаны с недвусмысленной угрозой их безопасности. Даже проживание в современном, цивилизованном мире не гарантирует ненарушенного воплощения наших чаяний и амбиций. Мы слишком часто слышим о трагических социально-политических ситуациях, которые заставляют сниматься с насиженных мест крупные популяции, вынуждая их присоединиться к потоку беженцев и отправиться в некое незнакомое место с ужасающе беззаконными и бесчеловечными порядками.

В этом разделе мы кратко опишем отдельные экстремальные ситуации, являющиеся для любого человека чрезмерно стрессовыми обстоятельствами, чтобы с ними бороться, и которые часто порождают у жертв долговременные психологические расстройства адаптации. Мы рассмотрим три травмирующие ситуации: 1) вынужденную эмиграцию на чужбину, 2) пребывание в заложниках и 3) пытки. Несмотря на то что подобные ситуации имеют чрезвычайный характер и маловероятны для большинства из нас, они происходят достаточно часто в нашем нередко беспокойном мире. Вьетнамские беженцы, о которых рассказано в справке 4.4, не одиноки в своих страданиях.

Установлено, что на сегодняшний день в мире насчитывается свыше 16 миллионов эмигрантов и беженцев, в основном из развивающихся стран. Однако лишь 11% из них перебираются в развитые государства, подобные Соединенным Штатам и Канаде (Brandel, 1980). Большинство беженцев перемещаются между странами третьего мира. Например, свыше 1,5 миллиона курдских беженцев из Ирака нашли пристанище либо в Иране, либо близ ирако-турецкой границы, где живут во временно приспособленных жилых кварталах, а в Заире проживает бессчетное количество беженцев из Руанды.

В Соединенных Штатах иммигранты последних лет — это выходцы из многих стран: Эфиопии, бывшего Советского Союза, Ирана, Кубы, Гаити, Лаоса, Вьетнама, Камбоджи и Сомали. Наверное, труднее всего приспособиться выходцам из Юго-Восточной Азии, начавшим прибывать в Америку после 1975 года. Хотя большинство из этих людей прекрасно функционировали на родине и иногда становились преуспевающими и счастливыми американскими гражданами, для других приспособление представляло серьезные трудности (Carlson & Rosser-Hogan, 1993; Clarke, Sack & Goff, 1993; Westermeyer, Williams & Nguyen, 1991). Наибольшие трудности с приспособлением к новым культурам испытывают, как правило, эмигранты с малым чувством собственного достоинства (Nesdale, Rooney & Smith, 1997). Например, в десятилетнем лонгитюдном исследовании с участием лаосских эмигрантов *Hmong* было показано, что многие из них достигли значительного прогресса в своей аккли-

СПРАВКА 4.4

Травма вынужденного переселения

Вынужденная разлука с родным домом, родиной – разрушительное событие, которое подрывает в человеке ощущение собственной безопасности. В сводках новостей регулярно сообщается о подобных травмах: в Канаде из-за опасного пожара на химическом складе 1663 семьи были вынуждены эвакуироваться из своих домов на 18 дней (Breton, Valla & Lambert, 1993), а извержение вулкана в Южной Америке унесло жизни 24 000 человек и сотни людей оставило без крова. Неудивительно, что подобные обстоятельства могут сопровождаться тяжелым стрессом. Представьте в таком случае, насколько травмированными бывают эмигранты, которые вынуждены не только оставить свои дома, но и родину, подвергаясь стрессу, вызванному необходимостью адаптироваться к новой и незнакомой культуре. Для прибывающих в Соединенные Штаты «страна равных возможностей» может показаться не спасительным прибежищем, а кошмаром. Так было с Фамом, 34-летним эмигрантом из Вьетнама, который убил своих сыновей и покончил с собой. Поскольку в прошлом Фам не страдал психическими расстройствами и ранее функционировал вполне прилично, весьма вероятно, что у него развились симптомы нарушенной адаптации к новой среде. Невзгоды Фама начались, когда он вел спокойную жизнь в состоятельной вьетнамской семье и имел хорошее место, работая фармацевтом в Сайгоне. Они завершились в маленькой квартирке с двумя спальнями в Вашингтоне, округ Колумбия. Полиция графства назвала эту трагедию самоубийством на фоне убийства. По версии полиции, техник-лаборант, работавший в местном коммунитарном колледже по программе «работа-учеба», дал яд членам своей семьи, а после покончил с собой. Выжила только жена Фама. Два письма самоубийцы, занимавшие 7 страниц, одно из которых было написано по-вьетнамски, а второе по-английски, начинались словами: «Всем, кого это может касаться. Мы покончили с собой, приняв цианид. Причина в том, что я сошел с ума. Я не могу жить здесь как нормальный человек...»

По словам родственников, Фам испытывал депрессию в связи с тем, что расценивал свое положение в Америке как финансовую и социальную несостоятельность. Его угнетала необходимость учиться здесь пять лет, чтобы стать фармацевтом, равно как и трудности при изъяснении на английском языке. Фам был послушным сыном, который до отъезда в Соединенные Штаты никогда не покидал своего дома. Он испытывал ностальгию и тоску по оставшимся дома родителям. «Фам связывал с Америкой много надежд, – сказал один из родственников. – Он просто не справился».

Источник: по материалам газеты *Washington Star*, 8 декабря 1980.

матизации (Westmeyer, Neider & Callies, 1989). У многих улучшилось экономическое положение: около 55% имели работу, и их доходы приближались к таковым для общей популяции. Процент людей, первоначально живших на пособие, через десять лет упал с 53 до 29%. С точки зрения группы, улучшилось и психологическое приспособление: позитивные сдвиги претерпели фобии, соматические заболевания и низкое самоуважение. Однако остаются и серьезные проблемы. Многие эмигранты так и не выучили язык; другие, похоже, рассчитывают и впредь существовать на пособие, а у третьих наблюдаются такие симптомы, как тревога, враждебность и паранойя, которые мало в чем изменились за изучаемый период. Хотя часть из них адаптировалась к новой для них культуре, некоторые продолжают испытывать серьезные проблемы приспособления даже после десятилетнего проживания в Соединенных Штатах (Hinton, Tiet et al., 1997; Westermeyer, 1989) или в других государствах, принимающих эмигрантов, например в Норвегии (Hauff & Vaglum, 1994).

Многие взрослые, решившиеся на эмиграцию, особенно те, кого вынудили покинуть родину, испытывают сильный стресс и трудности с психологическим приспособлением. Однако еще большему стрессу могут подвергаться их дети (Rousseau, Drapeau & Corin, 1996). При обследовании китайских эмигрантов, переселившихся в Канаду, Шорт и Джонстон (Short & Johnston, 1997) обнаружили, что степень детского стресса нередко снижалась благодаря лучшему приспособлению родителей. Это исследование высветило важность измерения уровня стресса у взрослых и реализации стратегий, направленных на улаживание их «проблем с обустройством» с целью понижения уровня детского стресса.

Травма, вызванная пребыванием в заложниках

Мы видим, что с каждым годом все больше людей оказываются заложниками. Учащаются не только политически обусловленные ситуации, приводящие к появлению заложников, но создается впечатление, что в США увеличивается количество случаев похищения людей по экономическим или каким-то иным мотивам. Понятно, что в подобных ситуациях у жертв могут развиваться калечащие психику психологические симптомы (Allodi, 1994). В представленном ниже случае, изложенном Зонненбергом (Sonnenberg, 1988), описан человек, который прошел через ужасные испытания, вызвавшие у него выраженные симптомы тревоги и депрессии и сохранявшиеся на протяжении месяцев после инцидента.

Разбор случая: похищение и его последствия. М-ру А. было чуть больше тридцати, он работал бухгалтером, был женат и имел двоих детей. Однажды вечером, когда он находился в командировке, на него напала группа несовершеннолетних молодых людей. Юнцы заставили его сесть в машину и отвезли на пустынную загородную трассу. Там они вытащили его из машины и стали избивать. Они забрали его бумажник и начали издеваться над А., рассматривая лежавшие там документы, фотографии (они узнали его имя, профессию, имена его жены и детей), грозились отправиться к нему домой и расправиться с семьей. Наконец, после нескольких часов издевательств, они привязали его к дереву; один юнец приставил к его голове пистолет, а когда тот стал умолять сохранить ему жизнь, вооруженный бандит спустил курок. Пистолет не был заряжен, но когда курок был спущен, у жертвы произошли дефекация и мочеиспускание. После этого молодчики отвязали его и бросили на дороге.

Этот человек еле-еле добрался до бензоколонки, которую заметил, пока его везли, и вызвал полицию. Для обследования пригласили одного из авторов данной книги

(который затем, с некоторыми перерывами, занимался состоянием пострадавшего на протяжении 2 следующих лет). Диагнозом было ПТСР. Было очевидно, что человек пережил событие, находившееся за рамками обычного человеческого опыта, и первое время вновь и вновь переживал его в различных формах. Его постоянно преследовали навязчивые воспоминания, ночные кошмары, «обратные кадры» и дикий страх при виде молодежных компаний отталкивающей наружности. В других отношениях он сначала оставался в высшей степени безучастным: отдалился от членов семьи и потерял интерес к работе. В целом он чувствовал себя отчужденно и отрешенно. Ему казалось, что в недалеком будущем он умрет. Кроме того, отмечались симптомы повышенного психологического возбуждения: плохой сон, неспособность сосредоточиться, чрезмерная пугливость; когда мы впервые обсудили его похищение в деталях, у него по-настоящему произошла дефекация в тот самый момент, когда он рассказывал об аналогичном эпизоде во время исходного травмирующего переживания. В течение 2 следующих лет этот мужчина лечился у другого психиатра; лечение состояло в двух еженедельных сессиях интенсивной индивидуальной психотерапии и параллельном приеме трициклических антидепрессантов. Индивидуальная психотерапия заключалась в дискуссиях, сосредоточенных на чувствах стыда и вины, которые этот человек испытывал из-за своего поведения во время похищения. Он считал, что должен был проявить большую выдержку и не умолять о сохранении жизни. Благодаря чуткой помощи психотерапевта он пришел к пониманию, что в силах принять ответственность за свое поведение во время захвата; что его убийственная ярость, направленная на похитителей, понятна, как и его желание мстить. Он понял, что в его реакции на переживание не было ничего особенного по сравнению с тем, что могли бы ощутить и сделать другие люди. В конце концов он начал обсуждать случившееся с женой и друзьями, а на исходе 2 лет, в течение которых он оставался под наблюдением [автора], у него практически не осталось симптомов, хотя он все еще испытывал известную тревогу при виде компаний хулиганского толка. Важнее всего было то, что его отношения с женой и детьми сделались сердечными, и он снова начал выказывать интерес к работе (р. 585).

Психологическая травма, вызванная пытками

Среди самых стрессовых испытаний, каким когда-либо подвергались человеческие существа, находятся те бесчеловечные действия, которые предпринимаются по отношению к ним другими человеческими существами и принимают форму методичных пыток. С самого начала человеческой истории и вплоть до сегодняшних времен отдельные люди причиняли другим боль, унижение и приводили их к деградации, действуя либо по политическим, либо по непостижимым личным мотивам (Jaranson & Popkin, 1998). Олден и коллеги (Allden & al., 1996), например, сообщили, что 38% бирманских политических диссидентов, бежавших в Таиланд, до своего бегства подвергались пыткам. История и литература содержат множество автобиографических отчетов о тяжелейших страданиях и пожизненном ужасе, порожденных жестоким обращением безжалостных палачей. Психологические симптомы, переживаемые после пыток, подробно освещены в литературе и сводятся к ряду проблем, включая физическую симптоматику (боль, нервозность, бессонница, тремор, слабость, обмороки, усиленное потоотделение и диарею); психологические дисфункции (ночные ужасы и кошмары, депрессию, подозрительность, социальную замкнутость и отчуждение, раздражительность); когнитивные нарушения (снижение концентрации внимания, дезориентацию, замешательство и плохую

память) и неприемлемые паттерны поведения (агрессивность, импульсивность и суицидные попытки) (см. Basoglu & Mineka, 1992; Mollica et al., 1990).

Большая часть информации о психологических последствиях пыток поступает к нам из эпизодических рассказов жертв. Позднее переживания жертв пыток подвергли эмпирической оценке в своем обстоятельном исследовании Метин Басожлу и его коллеги, которые старались определить задействованные психологические факторы, долговременные последствия пыток и возможные стратегии реабилитации. Басожлу и коллеги (Basoglu et al., 1994) сообщают о результатах уникального эмпирического исследования, в котором 55 бывших турецких политических заключенных сравнивались с политическими активистами, которых не пытали. Жертв пыток и контрольных субъектов выявили через статьи и объявления в газетах и политических журналах. Исследователи сумели так подобрать жертв и контрольных субъектов, что те оказались близки друг к другу по ряду переменных, включая возраст, пол, образовательный уровень, этнический статус и род деятельности. Для получения объективной картины психологических и связанных с приспособлением симптомов у каждого из обследуемых они воспользовались рядом стандартных техник оценки: психиатрическими интервью, а также несколькими стандартизированными психологическими тестами, включая турецкоязычную версию *MMPI*, Шкалу депрессии Бека и Опросник измерения уровня тревожности как состояния и черты личности.

Несмотря на то что по сравнению с контрольными субъектами у большей части жертв пыток не было найдено никаких тяжелых психиатрических нарушений, выяснилось, что жертвы страдают от выраженных симптомов посттравматического стрессового расстройства, связанного с отрывом от корней, статусом эмигрантов, проживанием в репрессивной политической среде и переживанием соответствующих травмирующих событий. Помимо сказанного, Басожлу со своими коллегами нашли и серьезные доказательства того, что пытки оказывают психологическое воздействие независимо от влияния других стрессоров (Basoglu et al., 1994).



Многих бирманских диссидентов подвергали пыткам до того, как они бежали в Таиланд.

Интересно открытие авторами того, что травматические переживания, вызванные пытками, оказывали различное влияние в зависимости от стиля их применения, то есть от неконтролируемости и непредсказуемости пытки в восприятии жертвы (Basoglu & Mineka, 1992). У жертв, которые были в состоянии развить некоторый когнитивный контроль над обстоятельствами (у тех, например, кто смог предвидеть предстоявшую боль и подготовиться к этому), отдаленные последствия были выражены слабее (см. справку 4.5).

Авторы пришли к следующему выводу: «Предварительная осведомленность о характере пытки и подготовленность к ней; непоколебимая приверженность идее, ее повлекшей; иммунизация против травматического стресса как результат повторных его представлений, а также мощная социальная поддержка — все это представляется ценным для защиты выживших после пыток от развития ПТСР» (р. 76).

СПРАВКА 4.5. НА ОСТРИЕ СОБЫТИЙ

Непредсказуемые и неконтролируемые стрессоры

За последние 30 лет в ходе широких опытов на животных было показано, что двумя важнейшими детерминантами характера реакции организма на стресс выступает либо непредсказуемость стрессоров, либо их неконтролируемость, либо и то и другое. Непредсказуемый стрессор появляется без предупреждения и может носить непредвиденный характер. В случае неконтролируемого стрессора невозможна реакция, направленная на смягчение его воздействия, такая как бегство или избегание. В целом под действием непредсказуемых и неконтролируемых стрессоров и люди и животные испытывают стресс больший, чем под действием стрессоров того же физического масштаба, но являющихся либо предсказуемыми, либо контролируемыми, либо и теми и другими (например, Mineka & Zinbarg, 1996).

Есть много сходства между симптомами ПТСР, поведенческими и психологическими последствиями воздействия непредсказуемых и неконтролируемых стрессоров на животных (например, Basoglu & Mineka, 1992; Foa, Zinbarg & Olasov-Rothbaum, 1992; Friedman & Yehuda, 1997; Mineka & Zinbarg, 1996). Известно, например, что неконтролируемые стрессоры стимулируют некоторые структуры головного мозга и повышают уровень центрального и периферического норадреналина (Friedman & Yehuda, 1997; Southwick, Yehuda & Morgan, 1995). Это подвело исследователей ПТСР к гипотезе, согласно которой введение препарата йохимбина лицам с ПТСР способно усугублять их симптоматику, так как известно, что йохимбин (естественно образующееся вещество) активирует норадренергические нейроны. Опираясь на данную гипотезу, Саутвик с коллегами (Southwick et al., 1995) обнаружили, что 40 % из группы ветеранов Вьетнама, страдавших ПТСР, переживали «обратные кадры». Кроме того, у ветеранов с ПТСР отмечалась повышенная выраженность других симптомов: навязчивых травмирующих мыслей, эмоционального оцепенения и скорби.

Известно также, что неконтролируемые стрессоры, воздействуя на животных, вызывают индуцированную стрессом аналгезию (ИСА), или пониженную чувствительность к боли. Ранее нейтральные условные стимулы при сочетании с неконтролируемыми стрессорами могут сделаться условными и для возбуждения подобного рода аналгезии. Известно, что такого типа ИСА действует через выработку в мозгу эндогенных, или внутренне продуцируемых, опиатоподобных субстанций (Southwick et al., 1995; van der Kolk & Saporta, 1993). В настоящее время ученые, занятые изучением ПТСР, считают, что многие симптомы эмоциональной нечув-

При последующем контрольном обследовании жертв пыток Басожлу, Минека и их коллеги (Basoglu, Mineka et al., 1997) нашли дополнительное подтверждение идеи о том, что психологическая подготовленность к травме служит крайне важным защитным фактором, который смягчает психологические последствия пыток.

Лечение и профилактика стрессовых расстройств

В целом чем устойчивее и целостнее личность, чем благоприятнее жизненная ситуация индивида, тем скорее он оправляется от тяжелой стрессовой реакции. Многим людям, попавшим в беду, можно помочь посредством психологической консультации — неважно, насколько краткой, — чтобы они сразу же начали справляться со своими переживаниями (Shelby & Tredinnick, 1995). Бром, Клебер и Дефарес

ствительности у лиц, им страдающих, могут, скорее, быть вызваны ИСА того же типа, чем стать психологической защитной реакцией, направленной против напоминания о травме. С этим согласуются результаты исследования Питмана и его коллег (Pitman et al., 1990), в котором страдавшим и не страдавшим ПТСР ветеранам после просмотра фильма о боях во Вьетнаме (несомненно, являвшегося для травмированных условным стимулом) предлагали пройти тестирование на чувствительность к боли. У лиц, страдавших ПТСР, наблюдалась пониженная чувствительность к боли по сравнению с теми, кто им не страдал. Кроме того, у лиц с ПТСР отмечалось относительное притупление эмоциональных реакций на фильм. Это и другие исследования подтверждают идею о том, что симптомы эмоциональной нечувствительности, которыми сопровождается ПТСР, развиваются в силу опосредованной опиоидами ИСА, возникшей в результате переживания неконтролируемых стрессоров.

Если непредсказуемые и неконтролируемые стрессоры являются наиболее вероятными факторами, вызывающими ПТСР, то какие же факторы способны повлиять на вероятность развития ПТСР у одних людей и его отсутствие у других? В поисках ответа ученые вновь обратились к литературе о животных (например, Mineka & Zinbarg, 1996). Известно, например, что предшествующее переживание воздействия неконтролируемых стрессоров способно сенсибилизировать организм, то есть сделать его более восприимчивым к негативным последствиям дальнейших переживаний неконтролируемой травмы. Несколькими исследованиями ПТСР было подтверждено, что дело обстоит именно таким образом, и жертвы жестокого обращения в детстве больше восприимчивы к ПТСР в зрелом возрасте при реакциях на сексуальные и не сексуальные посягательства (см. Foa et al., 1992; Mineka & Zinbarg, 1996). Кроме того, во время войны во Вьетнаме ПТСР развивалось чаще у тех солдат, которые были физически травмированы жестоким обращением в детстве (Post, Weiss & Smith, 1995).

Сегодня многие исследования подтверждают гипотезу о том, что перцепции неконтролируемости и непредсказуемости играют важную роль в развитии и сохранении симптомов ПТСР. Более того, научная литература о животных, из которой явствует, что предшествующие переживания воздействия неконтролируемых стрессоров могут сенсибилизировать организм к негативным эффектам последующих переживаний, связанных с другими неконтролируемыми стрессорами, привела к новым важным открытиям, позволяющим выявить наиболее восприимчивых к ПТСР индивидов.

(Brom, Kleber & Defares, 1989) осуществили исследование эффективности краткосрочной терапии для людей с ПТСР и обнаружили, что лечение, оказанное сразу после травмирующего события, значительно сокращало симптоматику ПТСР. Улучшение наблюдалось у 60% лечившихся пациентов, тогда как в группе, состоящей из людей, не получивших лечение, оно отмечалось лишь у 26%. Однако они выяснили и то, что лечение помогало не всем и что у некоторых людей симптомы ПТСР сохранялись даже по завершении терапии.

Лечение часто показано и работникам службы катастроф. У многих людей, направляемых в зону бедствия для оказания помощи жертвам, впоследствии развивается посттравматическое стрессовое расстройство. Эпштейн, Фуллертон и Урзано (Epstein, Fullerton & Ursano, 1998) обнаружили, что работники, оказывающие поддержку осиротевшим семьям жертв катастроф, находятся в группе повышенного риска возникновения соматических заболеваний, психиатрических симптомов и ухудшения психологического здоровья в течение 18 месяцев после бедствия. Они сообщили также, что у менее образованных индивидов, которые могли представить вымышленные ожоги и при этом испытывали сильное чувство онемения, в дальнейшем с большей степенью вероятности развивались психологические симптомы в случаях авиакатастроф.

Как правило, поддерживающая терапия и надлежащий отдых (при необходимости дополнительно прием седативных препаратов) устраняют симптоматику, ведущую к посттравматическому стрессовому расстройству (Morgan, 1995; Everly, 1995). Повторные рассказы о перенесенном стрессе и постоянное переживание его в фантазиях или кошмарах могут выступать как встроенные восстановительные механизмы, помогающие человеку приспособиться к травмирующему событию.

Как ранее упоминалось при описании копинга, лечение психологических проблем, обусловленных стрессом, наиболее эффективно при раннем или как можно более скором вмешательстве. Мы будем описывать отдельные медикаментоз-



Потеря близкого человека – один из самых сильных стрессоров, которые переживают люди. Изображенная на снимке семья оплакивает гибель близкого человека при катастрофе самолета компании *Swissair*, упавшего в море близ побережья Новой Шотландии.

ные средства, считающиеся полезными для облегчения симптомов посттравматического стрессового расстройства; однако психофармакотерапия оказывается действеннее в контексте психологического лечения. Мы также опишем эффективные методы смягчения симптомов, связанных со стрессом.

Предотвращение или смягчение стресса

Если мы знаем, что сверхсильный или пролонгированный стресс способен вызвать дезадаптивные психологические реакции с предсказуемым течением, то можно ли вмешаться в этот процесс на ранней стадии, чтобы предотвратить развитие эмоционального расстройства? Бывает, что в некоторых ситуациях дезадаптивные реакции можно предотвратить путем заблаговременной подготовки человека к действиям в условиях стресса. Этот подход к преодолению стресса показал себя эффективным в тех случаях, когда индивид сталкивается с известным стрессогенным событием, например большой хирургической операцией или разрывом отношений. В этих случаях профессионал пытается заранее подготовить его к более действенному преодолению стрессового события путем развития достаточно реалистичных и адаптивных установок в отношении проблемы.

Когда предсказуемая, но необычно стрессовая ситуация вот-вот наступит, возможно ли подготовить индивида, заранее предоставив ему информацию о вероятных стрессорах и подсказывая пути адекватного копинга? Если подготовка к боевым стрессорам может помочь солдатам избежать срыва, то почему нельзя подготовить и других людей к эффективному преодолению предугаданных стрессоров? Применение когнитивно-поведенческих техник с целью эффективного преодоления потенциально стрессовых ситуаций или трудных событий было подвергнуто широкому изучению (Beech, Burns & Sheffield, 1982; MacDonald & Kuiper, 1983; Meichenbaum & Cameron, 1983). Эта превентивная стратегия, часто именуемая **тренингом инокуляции стресса**, подготавливает людей к преодолению предвосхищенной угрозы путем изменения того, что они говорят себе перед кризисом. Здесь задействован трехэтапный процесс. На первом этапе предоставляется информация о стрессовой ситуации и о способах, которыми люди могут справиться с подобной опасностью. На втором этапе эффективная адаптация развивается путем повторения таких самоутверждений, как, например, «Не волнуйся, эта легкая боль — всего лишь часть лечения». На третьем этапе индивид упражняется в таких самоутверждениях, подвергаясь воздействию разнообразных стрессоров, угрожающих эго или чреватых болью, как непредсказуемые электрические разряды, фильмы, содержащие рассказ о трагических событиях, или внезапный холод. Эта последняя фаза позволяет человеку применить ранее выученные навыки копинга. В главе 17 мы подробнее обсудим тренинг инокуляции стресса и практику самоутверждений. Сейчас мы рассмотрим методы лечения посттравматических симптомов.

Лечение симптомов посттравматического стресса

Медикаментозные препараты

Для облегчения выраженной симптоматики ПТСР применяется ряд лекарственных препаратов. Антидепрессанты иногда помогают смягчить такие симптомы ПТСР, как депрессию, навязчивые состояния и избегание (Marshall & Klein, 1995; Shaley, Bonne & Eth, 1996). Однако поскольку симптомы могут быть неустойчивыми

и меняться в течение короткого промежутка времени, необходимо тщательно следить за подбором или дозировкой лекарств. При использовании медикаментозных средств фокусируются на специфических симптомах: например, на интрузивной симптоматике дистресса или ночных кошмарах, картинах ужасающих событий, реакции испуга и так далее (см. главу 16). Варгас и Дэвидсон (Vargas & Davidson) пришли к выводу, что лечение симптоматики ПТСР бывает более эффективным при сочетании психотерапии с лекарственными средствами, чем при назначении одних только медикаментозных средств.

Терапия кризисной интервенцией

Сжатый, проблемо-ориентированный метод консультирования, называемый *кризисной интервенцией* (см. главу 18), может помочь жертве травмирующего события вновь приспособиться к жизни по завершении стрессовой ситуации. В краткосрочной кризисно-ориентированной терапии лиц, оказавшихся в кризисной ситуации, жертве несчастья предоставляют эмоциональную поддержку и побуждают к разговору о переживаниях во время кризиса (Cigrang, Pace & Yasuhara, 1995). Люди, способные справиться со своими эмоциональными реакциями во время кризиса, лучше умеют приспосабливаться к жизненным обстоятельствам после несчастья (Chemtob, Tomas, Law & Cremniter, 1997).

Прямое терапевтическое представление

Одной из поведенчески ориентированных стратегий, эффективно применяемой при лечении клиентов с ПТСР, является *прямое терапевтическое представление* (Fairbank et al., 1993). При этом подходе клиент мысленно представляет или реально подвергается воздействию стимулов, которых он стал бояться или которые связаны с травмирующим событием (McIvor & Turner, 1995). Эта процедура подразумевает повторные или продленные представления — либо *in vivo*, либо в воображении — объективно безвредных, но устрашающих стимулов с целью снижения тревоги (Fairbank et al., 1993).

Для смягчения симптомов ПТСР представление стимулов, которые стали ассоциироваться с устрашающими ситуациями, можно дополнить и другими поведенческими техниками. Например, применение таких методов традиционной поведенческой терапии, как тренинг релаксации и тренинг ассертивности, тоже может оказаться эффективным при содействии клиенту в преодолении тревоги, возникшей после травмирующего события.

Эффективность этого подхода видна на примере следующего случая.

Разбор случая: терапия ветерана войны, страдающего ПТСР с аффектами гнева. Мужчина, ветеран войны, с диагнозом ПТСР и злоупотребления психоактивными веществами, был включен в лечебную программу и получал лечение, направленное на приобретение контроля над гневом. Он начал посещать группы контроля над гневом в мае 1992 года и продолжает регулярно посещать открытую группу поддержки контроля над гневом.

Джон — латиноамериканец, ему 45 лет, он разведен, ветеран Вьетнама, на протяжении 25 лет страдает алкогольной и героиновой зависимостью. Он вырос в Техасе, окончил среднюю школу, служил на флоте с июля 1969 года по апрель 1971 года. Во

Вьетнаме Джон был свидетелем многих сражений, побывал под перекрестным огнем. Он участвовал в высадке десанта и рисковал жизнью в перестрелках с противником. Джон видел гибель многих товарищей, в том числе — своего лучшего друга, который всего в нескольких футах от него подорвался на мине. Он видел и много зверств, включая убийства мирных вьетнамских жителей.

К алкоголю и героину Джон пристрастился во Вьетнаме. После увольнения с военной службы он испытывал симптомы депрессии, страха, чрезмерной настороженности и изоляции. Чтобы притупить эти чувства, Джон стал все чаще и чаще прибегать к алкоголю и героину. Имея специальность сварщика, он тем не менее не мог найти постоянной работы. До начала лечения по поводу ПТСР Джон несколько раз был госпитализирован в связи с депрессией и двумя суицидными попытками. Свыше 30 раз его арестовывали за оскорбление словом и действием, а также за хулиганское поведение.

В 1990 году Джон начал получать амбулаторное лечение в клинике посттравматических стрессовых расстройств при Медицинском центре для ветеранов в Сан-Франциско. Он получал психотерапию и психофармакотерапию, однако продолжал злоупотреблять алкоголем, а его поведение в значительной мере оставалось проблемным, включая эпизодические нападения на людей. В декабре 1991 года, после учащения вспышек гнева, включая случай, когда он без всякого явного повода замахнулся палкой на человека, повстречавшегося ему на прогулке, Джона госпитализировали в рамках программы стационарного лечения ПТСР.

В мае 1992 года, к началу программы лечения и участия в группе контроля над гневом, Джон сообщил, что в течение месяца не употреблял ни алкоголь, ни какие-либо другие наркотики. Однако он жаловался на навязчивые мысли и воспоминания, ночные кошмары, «обратные кадры», нарушение сна, плохую концентрацию внимания и частые вспышки гнева.

На первых сессиях группы контроля над гневом Джон сообщал о повышенных раздражительности и гневе, а также об очень низкой толерантности к фрустрации. В одном случае он, под действием ярости, уничтожил чужое имущество. Проведя в группе несколько недель, Джон научился отслеживать свой гнев при помощи соответствующих методик, а также выявлять физические, эмоциональные и ситуационные сигналы, приводившие к его эскалации. Кроме того, он стал отдавать себе отчет в своем враждебном внутреннем диалоге и, чтобы эффективно контролировать гнев, начал применять стратегии контроля над гневом — тайм-ауты и программы упражнений. К восьмой неделе лечения Джон регулярно упражнялся в техниках ассертивности, например в разрешении конфликтов. Об улучшении его состояния свидетельствует инцидент, имевший место на десятой неделе лечения. Он рассказал, что рассвирепел, когда домовладелец без спроса впустил в квартиру его бывшую жену. Вместо того чтобы допустить агрессивные действия в отношении домовладельца или уничтожить имущество, Джон откровенно переговорил с ним, разрешив инцидент в ассертивной манере.

Джон продолжал делать значительные успехи. Он закончил 12-недельную группу и продолжает посещать группу поддержки контроля над стрессом для клиентов, участвующих в программе. На протяжении лечения по программе он воздерживался от употребления алкоголя и героина. Его одиночество во многом пошло на убыль, он подружился с членами группы и был включен в рабочую программу тренинга. От вспышек гнева и насилия он перешел к кратковременным тайм-аутам и ассертивному разрешению конфликтов. В настоящее время Джон в большей степени полагается на свои способности улаживать трудные ситуации, может идентифицировать ситуации, провоцирующие гнев, умеет эффективно справляться с гневом при помощи специальных когнитивных и поведенческих техник (Reilley, Clark, Shopshire, Lewis & Sorensen, 1994, p. 406).

Нерешенные проблемы:

Злоупотребление диагнозами ПТСР и другими разновидностями стресса

В этой главе была рассмотрена роль стресса в возникновении психологических расстройств. В значительном числе исследований была доказана связь между тяжелым стрессом или травмой и последующими психологическими проблемами. Люди могут реагировать на стрессовые ситуации совершенно разрушительным образом. Многие симптомы посттравматического стрессового расстройства способны, по крайней мере временно, нарушать психологическое функционирование, а их преодоление может потребовать значительных адаптивных усилий.

В последние годы психологическая инвалидность, развившаяся вследствие посттравматического стрессового расстройства, необоснованно широко использовалась при рассмотрении как гражданских, так и уголовных дел (Slovenko, 1994). В ходе судебных разбирательств ПТСР выставлялось защитой в качестве фактора, оправдывающего криминальные деяния в соответствии с принципом о том, что невменяемые не несут уголовной ответственности (см. главу 18). Недавний случай показывает, что связь между ПТСР и девиантным поведением иногда имеет неопределенный характер.

Разбор случая. В январе 1987 года сотрудник, накануне уволенный с работы из компании, занимавшейся воздушными грузоперевозками, вернулся в офис одетым в армейский камуфляж и с обрезом в руках. Он выгнал из офиса нескольких сотрудников и взял в заложники своего бывшего начальника. Он удерживал его на прицеле около полутора часов, заставляя того молить о сохранении жизни. За это время он произвел примерно 21 выстрел по столам, компьютерам и окнам, уничтожившие массу имущества. Когда ситуация с заложником разрешилась, бывшего сотрудника арестовали за уничтожение чужой собственности и нападение с применением огнестрельного оружия. Нарушитель постоянно твердил, что совершенно обезумел и страдает посттравматическим стрессовым расстройством. Он объяснял, что только что посмотрел фильм «Взвод», который возродил в нем ужасные воспоминания о Вьетнаме и в результате привел его в состояние бешенства. Однако проверка его биографии и военные записи показали, что он никогда не бывал во Вьетнаме и на самом деле служил в относительно спокойном месте, где не было никаких сражений.

Отмечен и ряд других похожих случаев, в которых сомнительные посттравматические симптомы вплетались в стратегию защиты индивидов, которым были предъявлены обвинения в совершении уголовных преступлений. Одним из последних драматических дел, например, было дело ветерана Второй мировой войны, бывшего военнопленного, который убил своего зятя, охладевшего к его дочери. Впоследствии он заявил, что совершил это под влиянием «призраков прошлого». Он утверждал, что когда зять к нему приближался, он опасался за свою жизнь и застрелил его, потому что решил, будто тот собирается «забить его до смерти» (*Los Angeles Times*, 8 сентября 1997).

Нередко сенсационный характер некоторых дел и вытекающая из этого широкая огласка могут создать впечатление, что ПТСР все чаще используется в качестве защиты. Недавнее исследование, касавшееся признанных невменяемыми подсудимых, показало, что обеспокоенность широким злоупотреблением ПТСР как

доказательством невменяемости безосновательна, ибо защита прибегает к этому доводу не так часто, как иногда кажется. Аппельбаум с коллегами (Appelbaum et al., 1993) обнаружили, что из 8163 подсудимых, признанных невменяемыми за период между 1980 и 1986 годами, лишь 28 (0,3%) был поставлен диагноз ПТСР. Правда, лицам с диагнозом ПТСР, использовавшим его в качестве доказательства своей невиновности, чаще удавалось избежать предварительного заключения под стражу, чем лицам из контрольной группы подсудимых, которым не был поставлен диагноз ПТСР (Appelbaum et al., 1993).

Синдром ПТСР чаще упоминается в судах по гражданским делам, когда речь заходит, например, о компенсациях и ущемлении личности. Например, в одном случае (*Компания «Альбертсон Инк.» против Калифорнийского рабочего комитета по востребованию компенсации,* 1982) работница пекарни была признана потерпевшей ущерб, так как замечания начальника повергали ее в крайнее смущение. Суд пришел к выводу, что притеснения на работе служили достаточной причиной для психологического ущерба и стресса и, следовательно, подлежат компенсации. В другом случае офицер полиции подал прошение о компенсации по той причине, что его работа была чревата для него постоянным стрессом. Полицейского офицера не признали нетрудоспособным в силу стресса; суд рассудил, что коль скоро человек соглашается работать офицером полиции, то он соглашается и на сопутствующий ей стресс. Однако суд присудил ему компенсацию в связи с соматическим заболеванием (язвенной болезнью), явившимся результатом стрессовой работы (*Игленд против Миннеаполиса,* 1984).

Юридическое оправдание стрессом — интересный процесс, часто требующий богатого воображения, если не откровенного мифотворчества. Причинную связь стресса с отдельным психологическим расстройством и, следовательно, необходимость назначения компенсации или смягчения приговора по уголовному делу нередко бывает трудно доказать, и это, как правило, требует экспертных показаний психиатров или психологов. В большинстве случаев обе стороны в суде опираются на заключения экспертов, ища в них поддержку. Однако с точки зрения юридического прецедента самым важным фактором является достаточная доказанность того, что указанный стрессор отчетливо связан с рассматриваемым деянием.

По всей вероятности, поиск психологического ущерба, нанесенного сомнительным стрессом, — независимо от того, подтвержден данный факт или вымышлен специально, — будет и впредь практиковаться в судебных разбирательствах в качестве юридической стратегии. Ранее считалось, что стрессор должен быть мощным настолько, что это «выводило бы его за рамки обычного опыта». Однако последние изменения в *DSM-IV* устранили это требование, и в одном недавнем судебном решении (*Минз против графства Балтимор*, 1977) нашли отражение модифицированные критерии. В этой связи был сделан вывод, что ПТСР способно формировать основу для предъявления болезни в ситуациях, в которых психический стимул (мысли и воспоминания) может вызвать психическое или профессиональное заболевание. В связи с тем что симптомы стрессовых расстройств не отличаются единообразием, а недееспособность, наступающую после стрессовых событий, предсказать нелегко, можно предположить, что проблема четкого установления причинных связей между стрессорами и предъявляемыми симптомами будет и впредь мешать нашему судопроизводству.

Резюме

Реакция человека на стрессовые события претерпевает влияние многих факторов. Воздействие стресса зависит не только от его тяжести, но и от уязвимых мест, уже существующих у индивида. Реакцию человека на конфликтные ситуации можно рассматривать по-разному, в зависимости от типа конфликта: приближения—избегания, двойного приближения или двойного избегания. Существует множество психосоциальных стрессоров, и человек может реагировать на них по-разному. Пытаясь пережить стрессовые события, индивид, например, может отреагировать реакциями, ориентированными либо на решение задач, либо на защиту. Воздействие на человека экстремального или пролонгированного стресса может вызвать многочисленные физические и психологические нарушения.

В *DSM-IV* проблемы реагирования на стрессовые ситуации распределены по двум общим категориям: расстройства приспособления и посттравматическое стрессовое расстройство (которое объединено с тревожными расстройствами). Ряд относительно частых стрессоров (длительная безработица, смерть близкого человека, а также разделение или развод супругов) могут вызвать серьезный стресс и неудовлетворительное психологическое приспособление, что заканчивается расстройством последнего. Более интенсивные психологические расстройства, развивающиеся в ответ на травму или чрезмерные стрессовые ситуации (например, изнасилование, военные действия, заключение, пребывание в заложниках, вынужденное перемещение и пытки), можно отнести к категории посттравматического стрессового расстройства. Эти расстройства могут подразумевать множество симптомов, среди которых: навязчивые мысли и повторяющиеся ночные кошмары на тему события, интенсивная тревога, избегание стимулов, ассоциирующихся с травмой, и повышенное возбуждение, проявляющееся в хроническом напряжении, раздражительности, бессоннице, нарушенных концентрации внимания и памяти, а также депрессии. Если симптомы возникают через шесть и более месяцев после травмирующего события, то ставится диагноз отсроченного посттравматического расстройства.

Срыву под действием избыточного стресса способствуют многие факторы, включая напряженность или остроту стрессовой ситуации, длительность травмирующего события, биологические особенности индивида и приспособление личности до возникновения стрессовой ситуации, а также методы, которыми человек разрешает проблемы, когда стрессовой ситуации уже нет. Во многих случаях, когда стресс уменьшается, идут на спад и симптомы, особенно если человек получает поддерживающую психотерапию. Однако в крайних случаях могут остаться резидуальные нарушения, а также расстройство отсроченного типа, не проявляющееся вплоть до прошествия некоторого времени после травмы.

При слушании последних уголовных, а чаще — гражданских дел посттравматическим стрессовым расстройством либо объясняли девиантное поведение, либо оправдывали назначение компенсации за воспринимаемый ущерб. В подобных целях диагноз применялся с различным успехом. В некоторых ситуациях, особенно там, где речь идет о тяжелой травме в прошлом, дезадаптивное поведение вполне объяснимо с позиции травмирующего события. Однако в других случаях трудно было установить причинную связь между дезадаптивным поведением и травмирующим событием.

ГЛАВА 5

Паника, тревога и связанные с ними расстройства

Как мы отметили в предыдущей главе, непреодолимый стресс может вызвать психологические нарушения у любого человека. Даже уравновешенные, хорошо приспособленные люди могут не выдержать перегрузок, если будут вынуждены столкнуться, например, с сильнейшим стрессом боевых действий, пытками или разрушительным стихийным бедствием. Однако некоторых людей могут выбить из колеи и обыденные проблемы. Они испытывают сильный страх или тревогу, встречаясь с обычными требованиями жизни: общаясь с друзьями, стоя на автобусной остановке, путешествуя на самолете, дотрагиваясь до дверной ручки. В самых тяжелых случаях люди с тревожными нарушениями оказываются не в состоянии даже выйти из дома или тратят много времени на дезадаптивное поведение, например постоянное мытье рук.

Тревога — общее предощущение возможной опасности, с точки зрения Фрейда, являлась признаком внутренней борьбы или конфликта между неким примитивным желанием (исходящим от ид) и запретом на его выражение (исходящим от эго и суперэго). Такая тревога иногда представлялась ему очевидной у клиентов, страдающих невротическими реакциями. В настоящее время *DSM* отнесла подобные состояния к группе расстройств с очевидными симптомами и признаками тревоги, известных как *тревожные расстройства*, которые составляют предмет рассмотрения данной главы.

Тревожные расстройства исторически считались примером **невротического поведения**, которое подразумевает чрезмерное использование избегающих поведенческих паттернов (невыход из дома) или защитных механизмов (например, рационализации, благодаря которой выясняется, что ехать на машине «удобнее», чем совершить пугающее путешествие на самолете). Хотя невротическое поведение дезадаптивно и обречено на провал, невротичный индивид не является ни оторванным от реальности, ни непоследовательным, ни опасным. Тем не менее социальные отношения и трудовая деятельность такого рода людей, несомненно, страдают из-за их усилий по обузданию страха путем его избегания, либо путем принятия мер крайней предосторожности против него.

Понятие **невроза** имеет давнюю историю и до сих пор имеет хождение в психодинамических кругах, а также в беседах обывателей. Фрейд оспорил прежние убеждения, согласно которым невроз вызывался неполадками в работе нервной системы, и утверждал, что тот возникает в силу интрапсихического конфликта. По Фрейду, невроз есть *психологическое расстройство*, которое является результатом

тревоги, свидетельствующим о наличии интрапсихического конфликта. Такая тревога, как уже отмечалось, порой весьма наглядно проявлялась, как, например, у клиентов с ярко выраженными невротическими реакциями. Дело, однако, осложнялось тем, что Фрейд считал также, что тревога может *не* быть очевидной либо для подразумеваемого лица, либо для окружающих — в случае, если психологические защитные механизмы в состоянии ее видоизменить или замаскировать. Согласно Фрейду, она тем не менее в подобных случаях тоже порождает невротическое поведение. Он, например, полагал, что многие физические недуги его пациентов (такие, как временные слепота и паралич) вызваны тревогой — преимущественно в связи с неудобными для тех сексуальными или агрессивными чувствами. Из идей Фрейда неизбежно следовало, что тревога каким-то образом существует в сознании и вызывает невротическое поведение, даже несмотря на то что ее нельзя наблюдать или измерить.

Во всех редакциях *DSM* с 1980 года предпринимались усилия, целью которых было избежание подобных выводов относительно причин расстройств. Таким образом, хотя мы по-прежнему слышим и употребляем термин «невроз», в *DSM* то, что официально именовалось неврозами, было подразделено на различные категории в зависимости от симптоматики, которую *можно* наблюдать и измерить. Люди с тревожными расстройствами, которые мы будем рассматривать в этой главе, выказывают яркие симптомы тревоги. Одно из тревожных расстройств — посттравматическое стрессовое расстройство — уже было рассмотрено в главе 4. Большую часть других расстройств (которые Фрейд считал неврозами), протекающих без очевидных симптомов тревоги, классифицировали по-новому, и мы будем обсуждать их в главе 7 (диссоциативные и соматоформные расстройства). Одна последняя категория невротических расстройств (депрессивный невроз) в настоящее время классифицируется вместе с другими расстройствами настроения, которые будут рассмотрены в главе 6.

В последние годы взгляды Фрейда на природу невроза были подвергнуты критике как чересчур умозрительные и недостаточно привязанные к реальному миру. Это связано с тем, что Фрейд считал тревогу ключом не только к расстройствам с очевидными тревожными симптомами, но и ко многим расстройством, при которых таких симптомов немного, если они вообще есть. Предпринятое в *DSM* объединение расстройств с наглядными симптомами и признаками позволило добиться значительного прогресса в познании их причин и лечении. Одним из последствий этого является то, что диагностические критерии для различных расстройств в настоящее время определены гораздо яснее. Диагност или терапевт не должен делать выводы о скрытых, ненаблюдаемых внутренних состояниях, таких как тревога, которые имеются в наличии, но не поддаются наблюдению, так как против них «выставлена защита». В результате этого надежность диагнозов повышается, что дает исследователям возможность изучать более гомогенные группы людей с одним и тем же диагнозом. Это значительно увеличивает наши возможности установления причин расстройств и подбора оптимальных методов лечения.

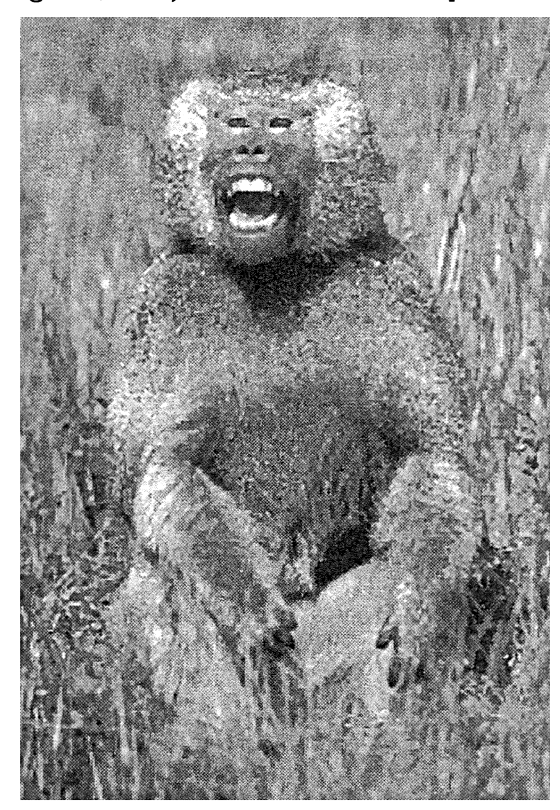
Сейчас мы приступим к обсуждению природы страха и тревоги как эмоциональных состояний, которые чрезвычайно важны для адаптации, но перед которыми многие люди подчас чересчур беззащитны. Затем мы перейдем к рассмотрению

тревожных расстройств в версии *DSM-IV*, а также причинных факторов и оптимальных методов лечения каждого отдельного заболевания.

Паттерны реакций страха и тревоги

Задача определения страха и тревоги трудна, и никогда не существовало полного согласия в том, что эти эмоциональные состояния действительно чем-то отличаются друг от друга. Самым распространенным критерием их различия исторически выступало наличие очевидного и понятного источника опасности, который большинство людей сочло бы реальным. Когда источник опасности очевиден, переживаемая эмоция называется страхом. Однако в случае, когда речь идет о тревоге, мы часто не в силах четко уточнить, в чем состоит опасность. Интуиция подсказывает, что тревога переживается как неприятное внутреннее состояние, при котором мы предчувствуем некое ужасающее событие, которое не вполне удается спрогнозировать, исходя из наших реальных обстоятельств. Для описания этого состояния часто используется, например, термин «тревожное предвидение» (Barlow, 1991a; Barlow, Chorpita & Turovsky, 1996).

В последние годы многие выдающиеся исследователи сформулировали более фундаментальное различие между страхом, паникой и тревогой (например, Barlow et al., 1996; Gray, 1991; Gray & McNaughton, 1996). По мнению этих теоретиков, **страх** или **паника** есть фундаментальная эмоция, которая подразумевает активацию реакции «борьбы или бегства», осуществляемой симпатической нервной системой, что позволяет нам быстро отреагировать на близкую угрозу. Подобные



Страх или паника – фундаментальная эмоция, наблюдающаяся у многих высших животных и у людей. Как правило, она сочетается с характерной мимикой наподобие той, что показана на снимке, и подразумевает активацию реакции «борьбы или бегства», осуществляемой симпатической нервной системой. Это позволяет нам мгновенно отреагировать на опасную ситуацию, например, в случае, когда нам угрожает нападение хищника. При панической атаке никакой угрозы извне у человека нет; паника возникает из-за какого-то сбоя в работе этой системы реагирования.

угрозы варьируют, начиная с опасных хищников, которые преследовали наших предков и с которыми все еще можно встретиться (например, путешественникам по диким местам), до угроз, проистекающих из современных источников опасности, когда случается, например, оказаться лицом к лицу с человеком, вооруженным заряженным револьвером, лететь в самолете, который внезапно входит в штопор и устремляется к земле. Страх состоит из трех компонентов: 1) когнитивных/субъективных («Я боюсь»); 2) физиологических (учащенное сердцебиение и одышка) и 3) поведенческих (настойчивое желание убежать) (Lang, 1968, 1971). Эти компоненты связаны лишь «непрочным сцеплением» (Lang, 1985), что означает, что у кого-то могут наблюдаться, например, физиологические и поведенческие признаки страха без выраженного субъективного компонента, и наоборот. Для того чтобы реакция страха служила своей адаптивной цели, позволяя нам убежать или избегнуть опасности, ей нужно активироваться очень быстро. В самом деле: субъективно часто кажется, что мы почти мгновенно переходим от нормального состояния к состоянию сильнейшего страха. С учетом ее адаптивной ценности для нашей способности убежать от источников опасности не удивительно, что эта эмоция не является сугубо человеческой, но также свойственна многим животным.

При рассмотрении поставленных проблем мы будем придерживаться позиции Дэвида Барлоу, который утверждает, что тревогу в отличие от страха лучше всего считать сложной смесью эмоций и когниций, гораздо более расплывчатой, чем страх. На когнитивном/субъективном уровне тревога подразумевает негативное настроение, беспокойство в связи с возможной в будущем угрозой или опасностью, уход в себя и ощущение неспособности предсказать будущую угрозу или, если она возникнет, осуществить над ней контроль (Barlow, 1988; Barlow et al., 1996). В отличие от активизации самой по себе реакции «борьбы или бегства», свидетелями чему мы становимся в случае страха, тревога подразумевает подготовку к тому, что такая реакция окажется необходимой («Может случиться что-то ужасное, и мне лучше быть к этому готовым»). Тревога, как и страх, предполагает наличие не только когнитивных/субъективных, но также физиологических и поведенческих компонентов. На физиологическом уровне тревога отличается состоянием хронического гипервозбуждения, которое может отражать состояние готовности иметь дело с опасностью, если таковая возникнет (подготовка, или запуск реакции «борьбы или бегства»). На поведенческом уровне тревога может проявляться в сильной тенденции к избеганию ситуаций, чреватых опасностью или угрозой, однако при этом нет настоятельной потребности в бегстве, характерной для страха (Barlow, 1988; Barlow et al., 1996). Адаптивная ценность тревоги может состоять в том, что она помогает нам построить план и подготовиться к возможной угрозе; а в мягком или умеренном варианте тревога фактически улучшает научение и исполнение. Несмотря на то что мягкая и умеренная тревога часто бывает адаптивной, она дезадаптивна при хронической и тяжелой формах, как это видно в ситуации тревожного расстройства, а также посттравматического стрессового расстройства, анализ которого представлен в главе 4.

Хотя угрожающие ситуации закономерно провоцируют страх и тревогу, безусловно, что многие их источники являются для нас приобретенными. Эксперименты

на людях и животных, проводившиеся несколько десятилетий назад, достоверно показали высокую обусловленность паттернов фундаментальных реакций тревоги и страха. Это означает, что ранее нейтральные и незнакомые стимулы, которые неоднократно сочетаются с неприятными событиями (например, с легким электрошоком) и надежно их предсказывают, могут приобрести способность самостоятельно вызывать страх или тревогу. Младенцев или детей постарше, разумеется, не подвергают воздействию тока, но изначально неприятные или болезненные переживания бывают у многих из них. И, как это подчеркивалось многими исследователями, у некоторых эти переживания бывают неимоверно жестокого и ужасающего характера, будучи навязанными невменяемыми родителями или другими взрослыми. Например, девочка, которая видит, как вечерами ее отец избивает мать, может начать испытывать тревогу при первом звуке его машины, подъезжающей к дому в конце рабочего дня. В таких ситуациях множество изначально нейтральных стимулов случайно может послужить сигналами к тому, что вот-вот произойдет нечто неприятное и грозное. Эти нейтральные стимулы могут состоять не только из внешних сигналов, но и из внутренних телесных ощущений, таких как перистальтика желудка или кишечника, сильное сердцебиение. В результате таких сочетаний эти условные стимулы могут самостоятельно провоцировать тревогу или страх. Кроме того, богатая душевная жизнь, которой мы, люди, не перестаем радоваться, означает, что наши мысли и образы приобретают способность вызывать к жизни паттерны реакций тревоги и страха. При таком сценарии можно ожидать, что поистине любой новый стимул (внешние, психические или внутренние телесные ощущения), который надежно предваряет и предсказывает неприятное событие, приобретет тенденцию к порождению страха или тревоги. Например, вышеописанная девочка, отец которой избивает мать, могла бы испытывать тревогу при одной только мысли об отце.

Общий обзор тревожных расстройств

Тревожное расстройство, как следует из названия, имеет в своей основе и как в качестве ведущего, так и наиболее очевидного проявления нереалистичный, иррациональный страх или тревогу такой интенсивности, что она делает человека недееспособным. *DSM-IV* признает семь основных типов тревожного расстройства: фобические расстройства «специфического» или «социального» типа; паническое расстройство, сопровождающееся или не сопровождающееся агорафобией; генерализованное тревожное расстройство; обсессивно-компульсивное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство. Последнее из перечисленных, являющееся пролонгированной реакцией на травматические стрессоры, обсуждалось в главе 4 и здесь рассмотрено не будет.

Тревожные расстройства относительно часты, ежегодно поражают свыше 23 миллионов американцев и в 1990 году прямо и косвенно обошлись Соединенным Штатам в 46,6 миллиарда долларов (почти в одну треть от общих расходов на здравоохранение, составляющих 148 миллиардов долларов) (National Institute of Mental Health, 1998). По данным Национального обзора коморбидности, последнего из

проведенных больших эпидемиологических исследований, тревожные расстройства как отдельная группа были наиболее частым расстройством у женщин, на каком-то этапе жизни охватывая приблизительно 30% женского населения, и вторым по частоте расстройством у мужчин, в какой-то период жизни поражая около 19% мужского населения (Kessler et al., 1994). Для женщин частота заболеваний в год составила 23%, а для мужчин — 12%. При специфических тревожных расстройствах фобии значились на втором месте среди самых частых психиатрических диагнозов у женщин (первое место заняла большая депрессия) и на четвертом — у мужчин (после злоупотребления алкоголем, алкогольной зависимости и тяжелой депрессии).

Для пациента с диагнозом тревожного расстройства очень характерно иметь и какое-то дополнительное (или дополнительные) тревожное расстройство, равно как и расстройство настроения (рассматриваемые в главе 6; обсуждение коморбидности тревоги/депрессии см. в справке 6.3). По данным Национального обзора коморбидности, например, около 40–50% из тех, кто когда-либо в жизни страдал фобическим расстройством (специфическим, социальным или агорафобическим), на каком-то этапе страдал и депрессивным расстройством, а у 57–75% в определенный момент жизни отмечалось какое-то дополнительное тревожное расстройство (Magee et al., 1996; см. также Mineka, Watson & Clark, 1998).

Фобические расстройства

Фобия — стойкая и несоразмерная боязнь какого-то отдельного объекта или ситуации, которые не представляют никакой серьезной, а то и вообще никакой опасности для индивида. Когда страдающий фобией человек встречается с пугающим его объектом, он часто переживает ранее обсуждавшуюся реакцию «борьбы или бегства», подготавливающую индивида к бегству от ситуации. Таким образом, в физиологическом и поведенческом отношении фобическая реакция часто идентична тому, что случилось бы в объективно устрашающей ситуации, гонись за человеком, например, медведь гризли. Однако в случае фобии ситуация, возбуждающая такую реакцию, не слишком опасна: дело может происходить, например, на мосту или в автобусе. Люди с фобиями идут на все, чтобы избежать таких соприкосновений с вызывающими страх стимулами, а то и с внешне невинным его олицетворением, например с фотографиями. В *DSM-IV* выделены три основные категории фобий: 1) специфическая фобия, 2) социальная фобия и 3) агорафобия. **Специфические фобии** (ранее известные как *простые фобии*) могут сопровождаться боязнью различных животных (чаще всего — змей и пауков) или различных аспектов окружающей среды, например воды, высоты, туннелей или мостов. **Социальные фобии** сопровождаются боязнью социальных ситуаций, в которых индивид выставляется на всеобщее обозрение и боится выступить в унизительном или постыдном качестве. Социальные фобии могут быть очерченными (страх выступления перед аудиторией) или генерализованными (страх перед многими разновидностями социального взаимодействия). Традиционно считалось, что *агорафобия* отчасти парадоксальным образом связана с боязнью как замкнутых, так и открытых пространств. Однако, как явствует из дальнейшего обсуждения, сейчас известно, что агорафобия чаще всего проистекает из тревоги в связи с возможностью развития

панической атаки (обсуждаемой ниже и представляющей собой фундаментальную активацию реакции «борьбы или бегства», рассмотренной выше) в ситуациях, когда бегство может быть затруднительным или постыдным. С этой точки зрения очевидный парадокс разрешен, поскольку бегство затруднительно как из замкнутого пространства, так и с открытого места. Так как агорафобия больше не считается тесно связанной со специфическими фобиями, мы обсудим ее в контексте панического расстройства, как это сделано в *DSM-IV*.

Специфические фобии

Диагноз специфической фобии ставится в случае, когда человек демонстрирует сильный и стойкий страх, запускаемый присутствием (или предвосхищением) специфического объекта или ситуации. Кроме того, уровень страха должен быть чрезмерным или необоснованным по сравнению с реальной опасностью, которую представляет объект или ситуация. Когда индивиды со специфическими фобиями соприкасаются с фобическим стимулом, они почти всегда демонстрируют мгновенную реакцию страха, которая часто напоминает паническую атаку, если не говорить о наличии отчетливого внешнего триггера (American Psychiatric Association, 1994, р. 410). Избегание пугающей ситуации или испытываемый дистресс могут также серьезно нарушать нормальное функционирование. В табл. 5.1 перечислены некоторые распространенные специфические фобии и их объекты, что наглядно показывает многообразие ситуаций, на которых могут сосредоточиваться специфические фобии.

Таблица 5.1

Распространенные специфические фобии

Акрофобия	Высоты
Алгофобия	Боли
Астрафобия	Грозы, молнии
Гидрофобия	Воды
Клаустрофобия	Замкнутых пространств
Мизофобия	Микробного загрязнения
Монофобия	Оставаться одному
Никтофобия	Темноты
Охлофобия	Толпы
Патофобия	Болезней
Пирофобия	Огня
Зоофобия	Животных — многих или какого-то одного

Сейчас в *DSM-IV* перечислено пять подтипов специфических фобий: 1) боязнь животных (например, змей или пауков); 2) естественной среды (например, высоты или воды); 3) инъекций, ранений и вида крови (см. ниже); 4) ситуаций (например, авиаперелетов или поездки в лифте); 5) атипичный подтип (например, боязнь подавиться или рвоты).

Некоторые из этих специфических фобий сопряжены с чрезмерным страхом перед вещами, которых мы все в известной степени боимся, например темноты, огня, болезней, пауков и змей. Другие, как, например, боязнь воды или толпы, подразумевают ситуации, которые у большинства людей не вызывают страха. Многим из нас свойственны хотя бы некоторые, мелкие иррациональные страхи, но при фобических расстройствах последние интенсивны и часто значительно затрудняют обыденную деятельность. Например, люди с клаустрофобией готовы пойти на многое — лишь бы избежать попадания в замкнутое помещение или лифт, даже если придется взбираться высоко по лестнице или отказаться от работы, которая может потребовать поездок на лифте. Такое избегание является кардинальной особенностью фобий; оно развивается как по причине дискомфортности самой по себе фобической реакции, так и в силу иррациональной оценки вероятности того, что случится нечто ужасное.

Случай, изложенный ниже, типичен для специфической фобии.

Разбор случая: страх высоты и замкнутого пространства у жены летчика. Мэри, замужней женщине с тремя детьми, было 47 лет, когда она впервые обратилась за помощью в связи с жалобой на клаустрофобию и акрофобию. Она сообщила, что с подросткового возраста ужасно боится замкнутого пространства и высоты. Мэри вспомнила, как старшие сиблинги запирали ее в чулане, когда она была ребенком; накрывали одеялами, желая напугать, а когда выпускали, умножали ее страхи, показывая картинки с изображениями пауков. Она проследила начало своей клаустрофобии вплоть до этих травмирующих инцидентов, но понятия не имела, почему боится высоты. Пока ее дети росли, она была домохозяйкой и вела нормальную жизнь, несмотря на две свои специфические фобии. Однако теперь ее дети выросли, и ей хотелось подыскать работу вне дома. Это, однако, оказалось очень трудным делом, так как она не могла ездить в лифтах, а из-за страха высоты не чувствовала себя спокойной нигде, кроме как на первом этаже здания офиса. Вдобавок ко всему ее муж несколько лет проработал в аэропорту, что дало право на бесплатные перелеты как ему, так и его жене. Тот факт, что она не могла летать (в первую очередь — из-за клаустрофобии, но в некоторой степени также из-за акрофобии), оказался ложкой дегтя в ее замужестве, поскольку оба хотели воспользоваться своим правом на бесплатные билеты и посетить отдаленные районы США и Европы. Таким образом, разрушительное действие этих фобий, хотя они просуществовали многие годы, по-настоящему проявилось только недавно, когда изменились ее жизненные обстоятельства и она уже не могла так легко уклоняться от ситуаций, где приходилось иметь дело с высотой и замкнутым пространством.

Люди с фобиями обычно знают, что их страхи отчасти иррациональны, но говорят, что ничего не могут с собой поделать. Если они пытаются приблизиться к фобической ситуации, то их захлестывают страх или тревога, которые могут варьировать от легкого опасения и дистресса (обычно возникающих все же на некоторой дистанции от объекта) до полной активации реакции «борьбы или бегства», очень похожей на паническую атаку. Независимо от того, как оно начинается, фобическое поведение тяготеет к подкреплению снижением тревоги, что происходит всякий раз, когда удается избегнуть пугающей ситуации. Кроме того, бывает, что фобии частично поддерживаются вторичной выгодой (преимуществами недееспособности) — повышенным вниманием, сочувствием и определенным контролем

над поведением окружающих. Например, боязнь вождения может избавить домохозяйку от некоторых обязанностей, требующих выхода из дома — покупок или сопровождения детей по дороге в школу и из школы. Фобии, таким образом, помимо того, что являются в первую очередь манифестациями иррациональных, приобретенных страхов, иногда могут служить, казалось бы, далеким интересам, хотя страдающий ими человек этого, как правило, не осознает.

Фобия, связанная с видом крови и инъекциями

Одна из категорий специфических фобий, встречающаяся, наверное, у 3–4 % населения, имеет ряд интересных и уникальных особенностей (Ost & Hellstrom, 1997; Page, 1994). При **фобии, связанной с видом крови, инъекциями и ранениями**, человек демонстрирует уникальную физиологическую реакцию при виде крови или ран. В отличие от обычных реакций, возникающих у большинства фобических индивидов при встрече с объектом фобии и заключающихся в учащенном сердцебиении и подъеме артериального давления, у этих людей тоже отмечаются учащение сердечного ритма и подъем давления, за которыми следует резкое снижение как первого, так и второго. Это часто сопровождается тошнотой, головокружением и обмороком. В действительности было установлено, что в анамнезе примерно 75% людей с боязнью крови и ранений присутствуют обмороки, развивавшиеся в подобных ситуациях (Ost & Hellstrom, 1997; Page, 1994).

Интересно, что у людей с подобной фобией данный уникальный паттерн физиологической реакции наблюдается исключительно при виде крови и ранений; в присутствии других объектов страха они демонстрируют более типичные паттерны физиологических реакций, характерные для реакции «борьбы или бегства» (см. Ost & Hugdahl, 1985). Эта разновидность фобий имеет также выраженную семейную составляющую, в связи с



Люди с клаустрофобией могут настолько бояться лифтов, что готовы пойти на все – лишь бы их избежать. Если им все-таки приходится воспользоваться лифтом, то они испытывают сильнейший страх и думают, что могут упасть, что не откроются двери или что им не хватит во время поездки воздуха.

этим у двух третей лиц, ею страдающих, есть хотя бы один близкий родственник, который тоже испытывает фобию при виде крови. До сих пор непонятно, отражается ли в этом генетический эффект общих средовых переживаний, разделяемых членами одной семьи (Neale et al., 1994; Page & Martin, 1998). С эволюционной и функциональной точки зрения этот уникальный паттерн физиологической реакции мог развиться с особой целью: падая в обморок, индивид, которого атакуют, может избежать дальнейшего нападения (Marks & Nesse, 1991).

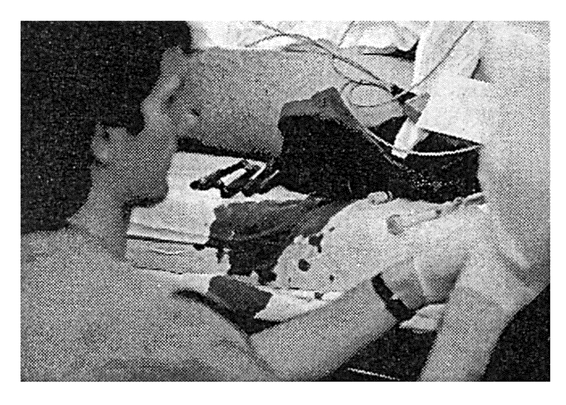
Гендерные различия при специфических фобиях и время их появления

Специфические фобии широко распространены, особенно среди женщин. Данные Национального обзора коморбидности говорят о том, что в течение жизни специфические фобии поражают свыше 16% женщин и почти 7% мужчин (Kessler et al., 1994; Magee et al., 1996). Сравнительная частота их развития для различных полов значительно варьирует в зависимости от типа специфической фобии. Например, около 90–95% людей с зоофобиями — женщины, но для фобии, связанной с видом крови и ранениями, соотношение по полу оказывается ниже двух к одному. Значительно колеблется и средний возраст начала различного рода специфических фобий. Зоофобии, как правило, возникают в детстве (когда они, по сути, одинаково свойственны мальчикам и девочкам, но мальчики склонны «вырастать» из них); то же самое можно сказать о боязни крови и ран, одонтофобиях и фобиях, связанных с естественной средой, например гидрофобии и акрофобии. Однако другие фобии, такие как клаустрофобия и агорафобия, появляются чаще в подростковом и раннем зрелом возрасте (American Psychiatric Association, 1994; Ost, 1987).

Психосоциальные причинные факторы

Развитие специфических фобий связывали со множеством психосоциальных факторов, начиная от глубинных психодинамических конфликтов до относительно прямого травматического обусловливания страха.

Фобии с психодинамической точки зрения. Согласно *психодинамическим* взглядам на происхождение фобий последние олицетворяют собой защиту от тревоги, порожденной вытесненными импульсами, которые исходят из ид. Поскольку «знакомство» с вытесненным импульсом ид слишком опасно, постольку тревога перенаправляется на какой-то внешний объект или ситуацию, имеющие некую симво-



Люди с боязнью крови и ран приходят в ужас от соответствующих сцен и, столкнувшись с ними, часто падают в обморок. Такие люди готовы на все, чтобы избежать врачей и больниц – вплоть до того, что уклоняются от необходимого лечения.

лическую связь с реальным объектом тревоги. Например, в своем классическом описании случая маленького Ганса Фрейд (Freud, 1909) сделал вывод, что боязнь лошадей развилась у 5-летнего Ганса в результате тревоги, порожденной вытесненным эдиповым комплексом. А именно: Фрейд посчитал, что Ганс испытывал бессознательное влечение к матери, опираясь на ее рассказ о разговоре с сыном, когда она купала его. Он хотел, чтобы она дотронулась до его пениса, или *Wiwimacher'a*, и до того ревновал ее к отцу (чей пенис был больше), что хотел убить его, чтобы убрать с пути и затем получить мать в свое полное распоряжение. Это заставило мальчика допустить (путем проекции), что отец хочет «убить» его или, по меньшей мере, кастрировать. Интенсивный внутренний конфликт, порожденный всеми этими бессознательными чувствами, был, по Фрейду, неприемлем для сознательной части психики Ганса, и тревога переместилась на лошадей, которые предположительно имели некое символическое сходство с его отцом.

Это объяснение, хотя и было широко принято теоретиками психоанализа в качестве прототипического случая, показывающего, каким образом приобретаются фобии, критиковалось за чрезмерную спекулятивность (например, Wolpe & Rachman, 1960). Более того, альтернативное и гораздо более простое объяснение причины, по которой Ганс боялся лошадей, дается теорией научения. В частности, когда Гансу было 4 года, он стал свидетелем дорожного происшествия, в котором сильно пострадала лошадь. Ганс очень расстроился и в дальнейшем стал избегать выходить из дома, чтобы не увидеть на улице лошадей. Итак, по Вольпе и Рахману, причиной фобии Ганса можно считать случай травматического классического обусловливания.

Фобии как выученное поведение

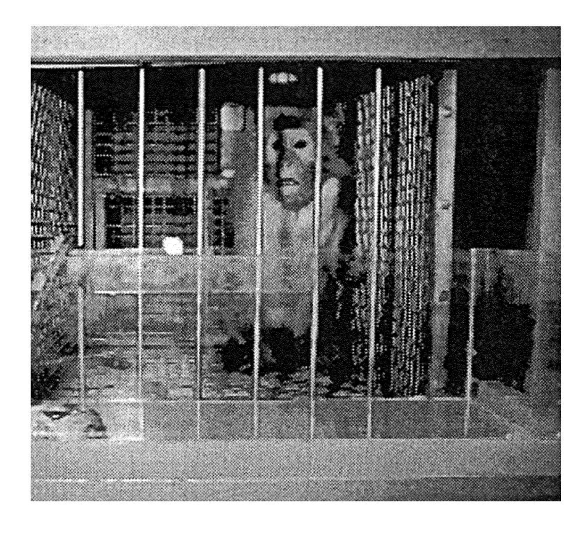
Существует много случаев, когда приобретение иррациональных страхов и фобий представляется объяснимым с позиции классического обусловливания. Как отмечалось выше, в бесчисленных экспериментах было показано, что реакция страха легко обусловливается ранее нейтральными стимулами, когда те сочетаются с травмирующими или болезненными событиями. Более того, основываясь на принципах классического обусловливания, мы можем также предположить, что фобические страхи сразу после появления *генерализуются* на другие похожие объекты или ситуации. Вспомните, например, что в случае с Мэри ее генерализованная клаустрофобия была, вероятно, вызвана множественными инцидентами в детстве, когда сиблинги запирали ее в чулан и накрывали одеялами, чтобы напугать. Могущественная роль классического обусловливания в развитии фобий была подтверждена опросом, который предприняли Ост и Хьюгдаль (Ost & Hugdahl, 1981). Эти исследователи предложили 106 взрослым клиентам с фобиями вопросники, касавшиеся предполагаемых причин их страхов. При описании ситуаций, которые они сочли источниками своих фобий, 58% упомянули травматические обусловливающие переживания. Прямое травматическое обусловливание может быть особенно характерным для начала одонтофобии (Kent, 1997), клаустрофобии (Rachman, 1997) и боязни несчастных случаев (Kuch, 1997).

Прямое травматическое обусловливание не единственный способ, которым люди могут усвоить иррациональные страхи. Фактически большая часть человеческого научения, включая научение страхом, происходит через наблюдение.

Дистресс может развиться из-за простого наблюдения за пугающим событием, что включает в себя наблюдение и за фобическим лицом, которое выказывает страх по отношению к предмету своей фобии. В этом случае страхи могут переноситься с одного человека на другого посредством процесса *заместительного* классического обусловливания, или обусловливания *через наблюдение*. В данной ситуации простое наблюдение за чужим страхом может привести к тому, что наблюдатель приобретет перед нею страх. Действительно, в вышеупомянутом исследовании Оста и Хьюгдаля было обнаружено, что 17% клиентов с фобиями описывали свои фобические страхи как произошедшие от различных случаев заместительного обусловливания.

Точно так же как наше знание классического обусловливания страха происходит из опытов над животными, в аналогичных опытах на макаках-резусах было продемонстрировано заместительное обусловливание интенсивных страхов. В этих экспериментах Минека, Кук и коллеги (например, Mineka, Cook et al., 1984, 1991, 1993) показали, что у обезьян, которые выросли в лабораторных условиях и сначала не боялись змей, страх перед змеями, похожий на фобию, стремительно развивался через простое наблюдение за дикой обезьяной, которая при виде змей выражала испуг. Сильный страх приобретался лишь через 4–8 минут наблюдения за дикой обезьяной, общавшейся со змеями, и через три месяца исследователями не было обнаружено никаких признаков его снижения. Более того, обезьяны могли также научиться страху после простого просмотра видеозаписи, в которой дикая обезьяна боялась змей, из чего следует, что средства массовой информации могут играть известную роль в заместительном обусловливании страхов и фобий у людей (Cook & Mineka, 1990).

Модели приобретения фобий, опирающиеся на обусловливание, часто критиковались за то, что они, на первый взгляд, не объясняют, почему интенсивные или стойкие страхи и фобии *не* развиваются у многих людей, подвергающихся травматическим переживаниям. Иными словами, почему при всех тех травмах, которые претерпевают люди, фобии развиваются не у всех (Rachman, 1990)? Похоже, что



Обезьяны, наблюдающие за обезьяной-моделью (подобной той, что изображена на снимке), ведущей себя опасливо в обществе живого боа-констриктора, сами тоже быстро приобретут интенсивный страх перед змеями. Страхи, следовательно, могут появляться заместительным образом, без какого-либо непосредственного травматического переживания.

ответ на этот вопрос во многом определяется различиями в жизненных переживаниях, которые воздействуют на исход отдельного опыта обусловливания. Традиционно считалось, что фобии развиваются в силу простых ситуаций травматического обусловливания или научения избеганию, которые возникают в некотором вакууме человеческой жизни. Теперь мы знаем, что на силу страха, которая будет испытана, обусловлена или сохранена во времени, влияют многие переживания, имеющие место до, во время и после отдельного травматического или обсервационного обусловливающего опыта. Например, опыт позитивного общения с дружелюбными собаками до того, как собака укусит, наверное, удержит жертву от развития в себе боязни собак. Поэтому для понимания индивидуальных различий в развитии и поддержании фобий важно понять, что роль разнообразных жизненных переживаний, или случайных переменных, может быть разной у разных людей, переживающих одну и ту же травму (Mineka, 1985a, 1985b; Mineka & Zinberg, 1996, 1998).

На примере того, как хороший «опыт общения с собаками» делает человека невосприимчивым к боязни собак после укуса, понятно значение, которое имеет знакомство с объектом или ситуацией для возможного развития фобии вслед за переживанием, обусловливающим страх. Действительно, есть несколько работ, в которых показано, что у детей, ранее имевших нетравматический опыт общения с дантистом, после последующей травматизации тревога развивается реже, чем у детей с меньшим опытом щадящих визитов (de Jongh et al., 1995; Kent, 1997). Кроме того, Минека и Кук (Mineka & Cook, 1986) показали, что те обезьяны, которые просто *наблюдали* за бесстрашными соро-



Человек, имеющий положительный опыт общения с потенциально пугающим стимулом – как эта девушка, играющая со своей собакой, – скорее всего и в дальнейшем будет иммунизирован от страха даже при нападении злобного пса.

дичами, не боявшимися змей, оказывались иммунизированными против приобретения страха при последующем показе им пугливых обезьян, которые своим поведением демонстрировали, что боятся змей. Следовательно, иммунизация возможна без непосредственного взаимодействия с объектом. По аналогии, если ребенок долго общается с бесстрашным родителем или сверстником, которые не боятся объекта или ситуации, являющихся предметом фобии для другого родителя, это способствует иммунизации ребенка против возникновения страхов при последующем наблюдении за реакцией боязливого родителя на данный объект или ситуацию.

События, происходящие *во время* обусловливающего переживания, равно как и до него, также важны в определении уровня обусловливаемого страха. Можно предположить, что переживание неизбежного и неконтролируемого травмирующего события, например встреча со злой собакой, от которой нельзя убежать (когда собака в приступе ярости нападает и начинает кусаться), обусловливает страх гораздо сильнее, чем переживание травмы той же интенсивности, но которую можно избежать или в какой-то степени проконтролировать (Mineka, 1985a, 1985b; Mineka & Zinbarg, 1996). Кроме того, переживания, возникающие у человека *после* предъявления обусловливающего предмета или ситуации, могут повлиять на сохранение или усиление обусловленного страха. Человек, который вслед за первым травматическим переживанием испытывает другое, более интенсивное (не сочетающееся с условным стимулом), может приобрести больший страх перед первым условным стимулом (Rescorla, 1974; White & Davey, 1989). Этот так называемый *эффект инфляции* говорит о том, что от человека, испытывающего, например, легкий страх перед автомобилями после мелкой аварии, можно ждать развития полномасштабной фобии при последующем физическом нападении даже в отсутствие автомобиля (Davey, 1997; Mineka, 1985a, 1985b; Mineka & Zinbarg, 1996). Даже вербальной информации, которая впоследствии влияет на интерпретацию опасности предшествующей травмы (когда, например, человеку говорят: «Тебе повезло, что ты остался жив, потому что человек, который остановил тебя в банке на прошлой неделе — известный убийца»), может быть достаточно, чтобы резко усилить страх (Davey, 1997). Эти примеры показывают, что факторы, участвующие в возникновении и поддержании страхов и фобий, сложнее, чем предполагалось традиционными взглядами на обусловливание.

Недавно было высказано предположение, что фобии, сразу после формирования, могут поддерживаться *когнитивными* переменными. Сейчас хорошо известно, что наши когниции, или мысли, оказывают мощное влияние на наше эмоциональное состояние, и наоборот. Недавние исследования говорят о том, что люди с фобиями постоянно находятся в напряжении в отношении предметов их фобий или других релевантных стимулов. С другой стороны, лица, не страдающие фобиями, склонны переключать свое внимание с угрожающих стимулов на другие (обзор см. в Mineka, 1992). Кроме того, индивиды с фобиями заметно преувеличивают вероятность того, что сближение с устрашающими объектами будет сопровождаться неприятными событиями. По прошествии времени такая тенденциозность может поддерживать или усиливать фобические страхи (Davey, 1997; Mineka, 1992; Ohman & Mineka, 1999; Tomarken, Sutton & Mineka, 1995).

Генетические и связанные с темпераментом причинные факторы

На приобретение фобий могут повлиять различные биологические переменные. Во-первых, известно, что на скорость и силу обусловливания страха влияют генетические, связанные с темпераментом, и личностные переменные (Eysenck, 1965; Gray, 1987; Pavlov, 1927). Это означает, что люди приобретают фобии в большей или меньшей зависимости от своего темперамента или личностных особенностей. Действительно, Каган и его коллеги обнаружили, что для детей, у которых была обнаружена *поведенческая заторможенность* (чрезмерно робкие, застенчивые) в возрасте 21 месяца, к 7–8 годам существовал больший риск развития многочисленных специфических фобий, чем для незаторможенных детей (32% против 5). В группе заторможенных среднее количество выявленных страхов составляло от 3 до 4 на одного ребенка (Biederman et al., 1990).

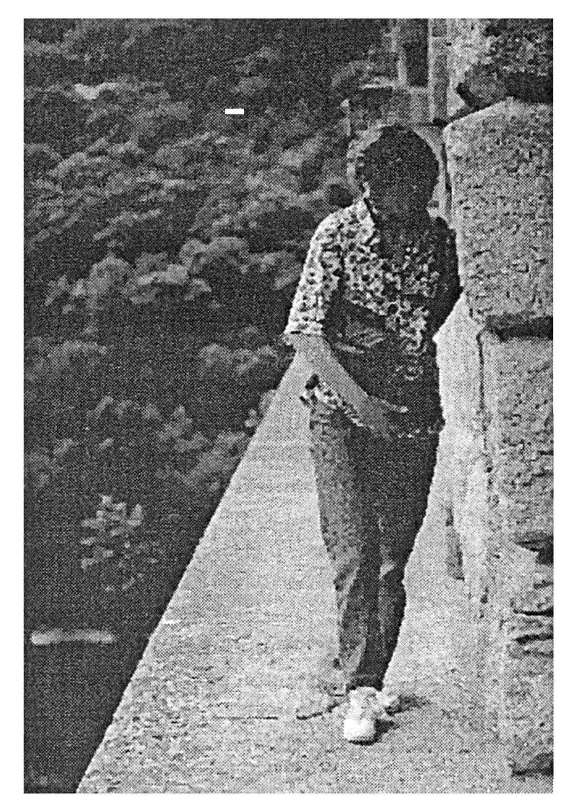
Помимо сказанного, есть несколько работ, говорящих о некотором участии генетических факторов в развитии специфических фобий. Например, в одном исследовании был выявлен повышенный риск возникновения специфических фобий (но не социальных фобий и не панического расстройства) у ближайших прямых родственников лиц с диагностированной специфической фобией (Fyer et al., 1995). В крупномасштабном исследовании близнецов женского пола у монозиготных сестер был выявлен несколько больший уровень конкордантности по специфическим фобиям, чем у дизиготных; это касалось зоологических, но не ситуационных фобий (боязни воды или высоты) (Kendler et al., 1992b). В том же исследовании было доказано возможное участие генетических факторов двух различных типов, из которых первым является умеренная врожденная тенденция к развитию специфической фобии вообще, а вторым — такая же тенденция к развитию особого вида специфической фобии (например, боязни змей, но не высоты), хотя для каких-то определенных выводов необходима гораздо большая информация.

Подготовленность и неслучайное распределение страхов и фобий

История нашей эволюции повлияла на виды стимулов, к которым мы склонны испытывать наибольший страх. Люди, например, гораздо чаще боятся змей, воды, высоты и замкнутых пространств, чем велосипедов, ножей или машин, хотя последние могут, по меньшей мере в той же степени, ассоциироваться с травмами. Эти наблюдения противоречат ожиданиям традиционной теории обусловливания, согласно которой предметами страха одинаково могут становиться все объекты, ассоциирующиеся с травмой. Соответственно некоторые теоретики утверждали, что приматы и люди могут быть биологически подготовленными к мгновенной ассоциации определенных объектов — змей, пауков, воды и замкнутых пространств — с неприятными событиями (например, Ohman, 1996; Ohman & Mineka, 1999; Seligman, 1971). Они настаивали, что эта *подготовленность* возникает в силу возможного в прошлом селективного преимущества, которым располагали в процессе эволюции приматы и люди, быстро приобретавшие страх перед определенными объектами и ситуациями, которые представляли угрозу для наших далеких предков. Подготовленные страхи, следовательно, не являются ни врожденными, ни наследственными, но легко приобретенными или особо резистентными к угашению.

В настоящее время теория подготовленности к фобиям подтверждается двумя линиями доказательств. Арне Эман с коллегами (например, Ohman, Dimberg & Ost, 1985; Ohman, 1996), проведя важную серию опытов с участием людей, открыли, что страх эффективнее обусловливался по отношению к релевантным для страха стимулам (слайдам с изображением змей и пауков), чем к стимулам иррелевантным (слайдам с изображением цветов и грибов). Кроме того, экспериментаторы обнаружили, что как только субъекты приобретали условные реакции, последние можно было вызвать даже в случаях, когда представление испытуемым релевантных для страха стимулов (но не иррелевантных) было подсознательным (то есть происходило так быстро, что не воспринималось сознанием). Эта подсознательная активизация реакций на фобические стимулы может помочь объяснить некоторые аспекты иррациональности фобий. Это означает, что лица с фобиями могут быть не в состоянии контролировать свои страхи по той причине, что те порождаются когнитивными структурами, находящимися вне сознательного контроля (Ohman & Soares, 1993; Ohman & Mineka, 1999).

К этому можно добавить, что обезьяны легко приобретают страх перед такими релевантными стимулами, как игрушечные змеи и крокодилы, чего не происходит в отношении иррелевантных стимулов — цветов или игрушечного кролика (Cook & Mineka, 1989, 1990). Таким образом, создается впечатление, что и люди и обезьяны селективно связывают с угрозой или опасностью такие релевантные для страха стимулы, как змеи и крокодилы. Заслуживает внимания и то, что у этих выросших в лаборатории обезьян, в отличие от людей из вышеописанного исследования Эмана, в прошлом, до экспериментов, не было опыта знакомства с какими-либо релевантными или иррелевантными для страха стимулами. Поэтому указанные результаты с большей наглядностью подтверждают гипотезу подготовленности, из которой выте-



Люди больше склонны приобретать страх перед объектами и ситуациями, которые некогда представляли угрозу для наших эволюционных предков, нежели перед объектами, которых не существовало на заре нашей эволюционной истории (например, перед машинами и ножами). К таким подготовленным страхам относится страх высоты.

кает ответственность эволюционных факторов за такого рода предвзятые ассоциации. Возможно, что человеческие субъекты демонстрировали большее обусловливание по отношению к змеям и паукам не в силу эволюционных факторов, а потому, что заранее располагали негативными ассоциациями, основанными на прошлом опыте знакомства со змеями и пауками (Ohman & Mineka, 1999).

Лечение специфических фобий

Поведенческая терапия, наиболее часто практикуемая при лечении специфических фобий, подразумевает контролируемое *представление* тех стимулов или ситуаций, которые вызывают страх. В этом случае клиенты постепенно вводятся — символически или во все большем соответствии с условиями «реальной жизни» — в ситуации, которые они находят наиболее устрашающими. В первоначальном варианте, известном как *систематическая десенсибилизация*, клиентов сначала тренируют в применении техник глубокой мышечной релаксации и просят составить иерархию страшных ситуаций, начиная от тех, что провоцируют лишь слабую тревогу, до тех, что возбуждают наибольший страх. Затем, пока они остаются в состоянии релаксации, их просят вообразить ситуации, наводящие на них страх, начиная с самой низшей в иерархии и постепенно продвигаясь к ее вершине по мере того, как исчезает боязнь сцен, стоящих в иерархии ниже (Wolpe, 1958, 1988). Другие, более эффективные методы лечения (требующие меньше времени на терапию) предполагают ступенчатое представление стимулов, вызывающих страх, и не опираются на практику релаксации или воображаемого представления. Взамен клиентов побуждают подвергнуться (либо с помощью терапевта или товарища, либо самостоятельно) воздействию ситуаций, возбуждающих в них страх, на периоды достаточно долгие, чтобы страх начал отступать. Часто случается, что разновидность этой процедуры, известная как *вовлекающее моделирование с участием*, оказывается эффективнее представления в его чистом виде.

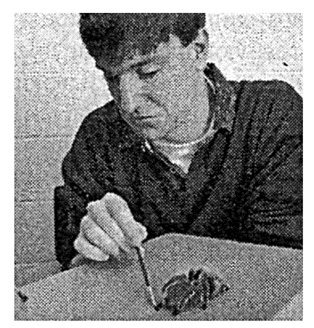
При вовлекающем моделировании (с участием), разработанном Бандурой в 1960-х годах, терапевт спокойно и бесстрашно моделирует способы взаимодействия с фобическим стимулом или ситуацией (Bandura, 1969, 1977a, 1997b). Подобные техники позволяют клиентам понять, что данные ситуации не так опасны, как им думалось, и что их тревога, пускай и неприятная, безвредна и постепенно рассеется (Craske & Rowe, 1997; Foa & Kozak, 1986; Mineka & Thomas, 1999). Считается, что методы лечения, опирающиеся на представление, более предпочтительны при лечении специфических фобий (Craske & Rowe, 1997). Последние исследования показали, что при определенных фобиях, таких как боязнь мелких животных, полетов и крови, они часто могут быть высокоэффективными, если применяются в ходе однократной длительной сессии (до 3 часов) (Ost, 1997).

Примером терапии представлением является лечение Мэри, уже знакомой нам домохозяйки, страдавшей акрофобией и клаустрофобией.

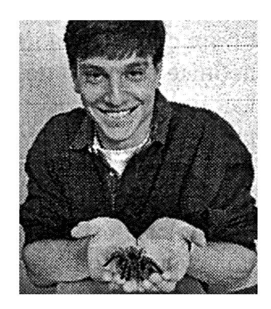
Разбор случая: лечение Мэри. Лечение состояло из 13 сессий упражнений на поэтапное представление, в ходе которых терапевт поначалу сопровождал Мэри в ситуациях, провоцировавших легкий страх, после чего постепенно вводил ее во все более и более устрашающие ситуации. Она также выполняла домашние задания, занимаясь этими упражнениями на представление самостоятельно. Сессии пролонгированного пред-

ставления *in vivo* («в реальной жизни») длились столь долго, сколь это было необходимо для устранения ее тревоги. На первых сессиях работа сосредоточивалась на ее клаустрофобии и заключалась в том, чтобы развить в ней способность подняться на несколько этажей в лифте — сначала с терапевтом, а потом — одной. В дальнейшем она предпринимала более длительные поездки на лифте в высотных зданиях. Представление акрофобии заключалось в прогулках по периметру внутреннего атриума на последнем этаже многоэтажного отеля; в дальнейшем она проводила время на горной обзорной площадке. На вершине клаустрофобической иерархии стояло путешествие в подземную пещеру. После 13 сессий лечения Мэри с мужем успешно отправились самолетом в Европу и там посетила многие возвышенные участки, осматривая достопримечательности.

В последние годы многие исследователи пытались установить, можно ли извлечь некоторую пользу из дополнения этих техник представления когнитивными техниками. В целом результаты исследований, в которых использовались только когнитивные техники, были не столь успешны, как результаты, полученные при использовании техник, основанных на представлении, и добавление когнитивных техник ненамного изменяло положение (Craske & Rowe, 1997). Для специфических фобий не существует никакой эффективной фармакотерапии.





Одна из разновидностей терапии представлением называется выявляющим моделированием (с участием). На серии снимков терапевт, занимаясь моделированием, показывает, как прикоснуться к живому тарантулу и как взять его в руки, побуждая клиента, боящегося пауков, имитировать ее действия. Это лечение осуществляется поэтапно: так, первым заданием становится простое прикосновение к тарантулу, помещенному в садок; затем клиент должен дотронуться до тарантула палочкой, далее – рукой, одетой в перчатку, после этого – голой рукой и, наконец, позволить тарантулу переползти через руку. Это лечение высокоэффективно, так что большинство клиентов с боязнью пауков достигает вершины иерархии страхов за 60–90 минут.

Социальная фобия

Как отдельная форма фобий социальная фобия была идентифицирована лишь в конце 1960-х годов (Marks, 1969). Отличительным признаком социальной фобии может считаться боязнь негативной оценки со стороны окружающих (Hope & Heimberg, 1993). В сегодняшнем понимании, нашедшем отражение в *DSM-IV*, существуют два подтипа социальной фобии: специфическая и генерализованная. Люди со *специфическими социальными фобиями* испытывают разрушительный страх перед одной или несколькими социальными ситуациями, в которых они боятся быть выставленными на всеобщее обозрение и действовать постыдным или унизительным образом (например, при выступлении на людях, в общественном туалете или в процессе еды или письма на виду у всех). Из-за своих страхов они либо избегают этих ситуаций, либо терпят их, испытывая сильнейший дистресс. Интенсивный страх перед публичными выступлениями — самая распространенная социальная фобия. Индивиды с *генерализованной социальной фобией* испытывают значительный страх в большинстве социальных ситуаций (включая как ситуации публичных выступлений, так и ситуации, требующие социального взаимодействия) и в качестве сопутствующего диагноза часто имеют избегающее личностное расстройство (см. главу 9) (например, Skodol et al., 1995; Turner, Beidel & Townsley, 1992). То, что такие фобии действительно *социальные*, становится ясно, стоит лишь заметить, что подобным людям вовсе не трудно выполнять те же самые действия в одиночестве (например, говорить, мочиться или есть).

Диагноз социальной фобии очень распространен; при последнем Национальном обзоре коморбидности было установлено, что на каком-то этапе жизни диагнозу социальной фобии удовлетворяют около 11 % мужчин и 15 % женщин (Kessler et al., 1994). Эти показатели гораздо выше прежних, ибо в прошлом диагностическими критериями для социальной фобии уточнялось, что лицам с подобным диагнозом свойственно избегать определенных социальных ситуаций. Однако сейчас диагноз можно поставить не только в случае, когда социальные ситуации *избегаются*, но и когда их *выдерживают с величайшим дистрессом*, как это бывает со многими людьми, которые в настоящее время подпадают под этот диагноз (Magee et al., 1996). Более того, есть данные, говорящие о повышении распространенности социальных фобий у молодых людей (Magee et al., 1996). В отличие от специфических фобий, которые чаще всего начинаются в детстве, социальные фобии обычно начинаются в подростковом или раннем зрелом возрасте (Hope & Heimberg, 1993; Wells & Clark, 1997). Свыше половины людей с социальной фобией на каком-то этапе жизни страдает одним или несколькими дополнительными тревожными расстройствами (например, паническим расстройством, генерализованным тревожным расстройством, специфической фобией или ПТСР). Около 40% в какой-то момент переносят и депрессивное расстройство (Magee et al., 1996). Более того, приблизительно одна треть злоупотребляет алкоголем, пытаясь ослабить тревогу и встретить пугающую ситуацию лицом к лицу (например, выпивая *до того*, как отправиться на вечеринку) (Magee et al., 1996).

Случай с Полом — типичный случай социальной фобии (при том условии, что не у всех людей, ею страдающих, бывают полномасштабные панические атаки, какие были у Пола).

Разбор случая: социальная фобия у хирурга. Пол был одиноким белым мужчиной 35 лет, когда впервые обратился за помощью в клинику с жалобой на тревогу. Он работал хирургом в крупной местной больнице. Пол сообщил о своем 13-летнем анамнезе социальной фобии. Он очень редко бывал в обществе, потому что постоянно боялся, что окружающие заметят его нервозность в социальных ситуациях; по той же причине много лет не встречался с женщинами. Он был уверен, что люди сочтут его неумным или ненормальным, и особенно боялся, что они заметят, как он сильно сжимает челюсти, находясь в обществе. На людях он часто жевал резинку, так как думал, что это не позволит лицу искажаться. Важным было то, что в профессиональных ситуациях у него не было никаких особых проблем при разговоре с людьми. Он, например, совершенно спокойно беседовал с больными до и после операции. Во время операций, когда лицо его было прикрыто маской, он также не испытывал никаких трудностей с выполнением хирургических задач и без всяких проблем общался с другими хирургами и сестрами, находившимися в помещении. Беда начиналась, когда он выходил из операционной и вынужден был перекинуться несколькими словами с другими врачами и сестрами или с родственниками больного. В этих социальных ситуациях, требовавших активного разговора и контакта глаз, у него часто развивались панические атаки. При панических атаках он ощущал сильное сердцебиение, страх сойти с ума и чувство, что его сознание «отключается». Самым специфическим триггером для этих страхов и панических атак было установление контакта глаз в социальных ситуациях. Поскольку панические атаки возникали лишь в этих случаях, ему был поставлен диагноз не панического расстройства, а социальной фобии.

Пол сообщил, что социальная фобия и панические атаки начались у него около 13 лет назад, когда он переживал сильный стресс. Семейный бизнес развалился, его родители развелись, а у матери случился сердечный приступ. Вероятно, что именно в этом контексте множественных стрессоров травмирующий инцидент, произошедший в его личной жизни, послужил триггером к развитию социальной фобии. Однажды он вернулся домой из медицинского института и обнаружил своего лучшего друга в постели со своей же невестой. Примерно через месяц у него развилась первая паническая атака, и он начал избегать социальных ситуаций.

Взаимодействие психосоциальных и биологических причинных факторов

Социальные фобии подразумевают выученное поведение с формой, приданной ему эволюционными факторами. Подобное научение чаще всего происходит у людей из группы риска по генетическим факторам или темпераменту.

Социальные фобии как выученное поведение. Социальные фобии, как и фобии специфические, по-видимому, нередко берут начало в простых случаях прямого или заместительного классического обусловливания, например при переживании или лицезрении воспринятого социального фиаско или унижения или при виде кого-либо, ставшего мишенью для гнева и критики. По данным одного исследования, 58% людей с социальной фобией вспомнили переживания прямого травматического обусловливания, легшего в основу их социальной фобии (Ost & Hugdahl, 1981); в другом исследовании было обнаружено, что эти данные справедливы в отношении 56% лиц со специфической фобией и 44% — с генерализованной социальной фобией (Townsley et al., 1995). Ост и Хьюгдаль сообщили также, что другие 13% их клиентов вспомнили о разного рода переживаниях заместительного обусловливания, лежавших в основе их социальной фобии. Данные других исследований говорят о том, что лица с генерализованной социальной фобией чаще всего росли с родителями, которые были социально изолированы и обесценивали

общительность, тем самым создавая широкие возможности для заместительного научения социальным страхам (Bruch, 1989; Rosenbaum et al., 1994).

Социальные страхи и фобии в эволюционном контексте. Социальные страхи и фобии по определению подразумевают боязнь представителей собственного вида; это противоположно, например, страхам и фобиям, связанным с животными, когда возникает боязнь потенциальных хищников. Фобии последней разновидности возникли, вероятно, в помощь активации реакции «борьбы или бегства» как ответ на угрозу, исходившую от потенциальных хищников, и коренятся, скорее всего, в раннем возрасте, поскольку молодые особи более уязвимы для истребления. Эман с коллегами (Ohman et al., 1985) высказали предположение, что социальные страхи и фобии развились по контрасту в качестве побочного продукта иерархий господства, которые являются обычными социальными структурами у животных наподобие приматов. Иерархии господства устанавливаются в ходе агрессивных столкновений между членами социальной группы, а побежденный индивид обычно демонстрирует страх и подчиненное поведение, но только в редких случаях пытается полностью избежать ситуации. Следовательно, утверждают авторы, неудивительно, что лица с социальными фобиями чаще предпочитают терпеть пугающую ситуацию, чем убежать и избегнуть ее, как поступили бы, скорее всего, животные, испытывающие фобию. Далее они отмечают, что не случайным, наверное, является тот факт, что социальные фобии чаще всего дебютируют в подростковом и детском возрасте, который также отмечен наиболее яркими конфликтами по поводу господства.

Подготовленность и социальная фобия. Размышляя подобным образом о социальной фобии в ее эволюционном контексте, Эман с коллегами распространили на нее ранее обсуждавшуюся теорию подготовленности к специфическим фобиям. Выше мы изложили теорию, согласно которой люди могут быть эволюционно подготовлены к приобретению страхов перед определенными объектами и ситуациями, которые некогда представляли угрозу для наших далеких предков. Однако оказывается, что нам присуща и эволюционная предрасположенность к приобретению страхов перед социальными стимулами, сигнализирующими о превосходстве и агрессии со стороны других людей. Эти социальные стимулы включают в себя мимические выражения гнева или презрения. В ряде опытов, параллельных тем, что были описаны для специфических фобий, Эман с коллегами установили, что при сопровождении демонстрации слайдов с изображением злых лиц легкими электрическими разрядами у субъектов развивались более выраженные условные реакции, чем в случае, когда те же разряды сопровождались показом радостных или нейтральных лиц. Сверх того, авторы продемонстрировали, что большее обусловливание происходит лишь в случае, когда лица со злым выражением направлены непосредственно в сторону субъекта (Dimberg & Ohman, 1983). Наконец, они показали и то, что для активации условных реакций достаточно весьма непродолжительных представлений злобного лица, которые не воспринимаются сознанием (Ohman, Dimberg & Esteves, 1989; Ohman, 1996). Подобные результаты способствуют объяснению кажущейся иррациональности социальной фобии, показывая, что эмоциональная реакция может активироваться вне осознания индивидом какой-либо угрозы.

Генетические и связанные с темпераментом факторы. Как и в случае специфических фобий, полномасштабная социальная фобия развивается не у всех лю-

дей, претерпевающих или наблюдающих социальное унижение или фиаско. Недавние результаты, полученные в ходе очень крупного исследования с привлечением близнецов женского пола, говорят о скромном участии генетических факторов в социальной фобии; на долю изменчивости, связанной с генетическими влияниями, пришлось около 30 % (Kendler et al., 1992b). Подобные результаты совпадают с данными двух семейных исследований, в которых было показано, что для ближайших прямых родственников лиц, страдающих социальной фобией, вероятность приобретения такого диагноза (но не диагноза специфической фобии) была в 2–3 раза выше, чем для родственников нормальных индивидов из контрольной группы (Fyer et al., 1993, 1995). Тем не менее точное выяснение долевого участия генетических и средовых факторов требует дополнительных исследований.

Крайне важной переменной темперамента видится поведенческая заторможенность. Младенцы с легко развивающимся дистрессом под действием незнакомых стимулов входят в группу риска по развитию боязливости в детстве, а в подростковом возрасте — социальной фобии (Kagan, 1997). В другом лонгитюдном исследовании было показано, что дети 8–12 лет с глубокой поведенческой заторможенностью, которая определялась как настороженность по отношению к незнакомцам, гораздо чаще вели менее позитивную и менее активную социальную жизнь в детстве, а взрослыми чаще испытывали эмоциональный дистресс (Gest, 1997).

Перцепции неконтролируемости. Есть основания полагать, что тот же ряд индивидуальных различий в переживаниях, делающих индивидов уязвимыми в плане развития специфических фобий, влияет и на их уязвимость перед развитием фобии социальной (см. Barlow, 1988; Mineka & Zinbarg, 1995). Важную роль, например, может играть участие в неконтролируемом стрессовом событии (подобного случаю, когда Пол застал свою невесту в постели со своим лучшим другом). Перцепции неконтролируемости часто ведут к подчиненному и неуверенному поведению, характерному для социально тревожных или фобических лиц. Такая ситуация особенно вероятна, когда перцепции неконтролируемости вытекают из реального социального фиаско. В животном мире это ведет, как известно, как к более выраженному подчиненному поведению, так и к усиленному страху (Mineka & Zinbarg, 1995). С этим согласуются и данные о том, что людям с социальной фобией свойственно ослабленное ощущение личного контроля над событиями своей жизни; они особенно склонны считать, что контроль над событиями осуществляется прежде всего «могущественными другими» (Cloitre et al., 1992).

Когнитивные переменные. В последние годы повышенное внимание уделялось и той роли, которую играют в возникновении и поддержании социальной фобии когнитивные факторы. Бек и его коллеги (Beck et al., 1985) предположили, что люди с социальными фобиями склонны ждать от других людей отвержения или негативной оценки, что ведет к ощущению своей уязвимости в обществе, несущем в себе потенциальную угрозу. Эти *схемы опасности* (см. главу 3), свойственные индивидам с социальной фобией, делают последних особо настороженными в отношении сигналов, говорящих о негативном или критическом настрое окружающих. Такие люди в связи с указанным обстоятельством тратят массу времени на рассмотрение и оценку возможных негативных оценок, исходящих от других людей (Clark, 1997). В последнем усовершенствованном варианте этой теории Кларк и Уэллс (Clark & Wells, 1995; Wells & Clark, 1997) постулировали, что в схемы

людей с социальной фобией включены также ожидания от себя «нелепого и неприемлемого поведения, которое будет иметь катастрофические последствия в плане отвержения, утраты статуса и потери достоинства» (pp. 69–70). Подобные экспектации вынуждают людей с социальными фобиями быть поглощенными своими телесными реакциями, возникающими в социальных ситуациях, и преувеличивать легкость, с которой окружающие способны распознать их тревогу. Столь глубокая поглощенность собой в социальных ситуациях препятствует их фактической способности к такому грамотному взаимодействию, какое можно было бы себе позволить, не будь они настолько погружены в себя. Это, в свою очередь, приводит к порочному кругу, из-за чего их несколько неуклюжее поведение может действительно побудить окружающих реагировать на них в менее дружественной манере, тем самым подтверждая их ожидания (Clark, 1997; Clark & Wells, 1995; Wella & Clark, 1997). Эта последняя когнитивная модель социальной фобии, хотя и остается еще совершенно новой, получила впечатляющую эмпирическую поддержку во многих исследованиях (Clark, 1997).

Лечение социальной фобии

В отличие от специфических фобий для лечения фобии социальной имеются эффективные медикаментозные препараты, которым в последнее десятилетие уделялось все больше и больше внимания. Были получены некоторые многообещающие результаты относительно эпизодического назначения бета-блокаторов (препаратов, часто используемых при лечении гипертонии) типа индерала — особенно в случаях тревоги, связанной с выступлениями, которая бывает, например, у актеров и музыкантов (Gitlin, 1996). Представляется, что эти препараты срабатывают потому, что помогают контролировать периферические симптомы, связанные с возбуждением вегетативной нервной системы,



У младенцев и маленьких детей, которых легко расстроить, иногда наблюдается выраженная переменная темперамента, называемая поведенческой заторможенностью. Для таких младенцев существует повышенный риск развития социальной фобии в подростковом возрасте.

такие как дрожание рук или голоса. Похоже, однако, что при полномасштабной социальной фобии более действенными оказываются другие категории лекарственных средств (Den Boer et al., 1996). К таким средствам относятся несколько классов антидепрессантов (в том числе — ингибиторы моноаминооксидазы и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, рассматриваемые в главе 6) и некоторые противотревожные, или *анксиолитические*, препараты. Негативным фактором в использовании лекарственных средств при лечении социальной фобии, тяготеющей к хроническому течению, является очень высокая частота рецидивов, наступающих вслед за отменой препаратов (Hayward & Wardle, 1997; Potts & Davidson, 1995).

Кроме этого, следует упомянуть формы поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии, которые оказываются очень эффективными при лечении социальной фобии. Поведенческие методы были разработаны первыми и подразумевают пролонгированное представление тех социальных ситуаций, которые вызывают страх, нередко в поэтапной манере, как это делается при лечении специфических фобий. В недавнее время, когда в ходе исследований были выявлены скрытые искаженные когниции, характерные для социальной фобии, к этим поведенческим техникам прибавились когнитивные, образуя разновидность когнитивно-поведенческой терапии. В этом случае терапевт пытается помочь клиентам с социальной фобией идентифицировать их скрытые негативные автоматические мысли («Я не знаю ничего интересного, о чем можно было бы рассказать» или «Никому нет до меня дела»), которые часто имеют иррациональный характер и в целом подразумевают отдельные ожидания, касающиеся событий, которые произойдут с этими людьми в разнообразных социальных ситуациях. Оказав клиентам помощь в осознании того, что такие автоматические мысли нередко предполагают наличие когнитивных искажений, терапевт помогает клиентам изменить сокровенные мысли и убеждения посредством логического пересмотра. Хотя первоначально Аарон Бек разработал эти техники с целью лечения депрессии, в наши дни их уже успешно применяют в лечении социальной фобии (Clark, 1997; Heimberg & Juster, 1995). В научной литературе до сих пор звучат отдельные споры о том, повышается ли действенность терапии после прибавления когнитивно-терапевтического компонента к уже устоявшимся методам поведенческого лечения этих расстройств (например, Clark, 1997; Feske & Chabless, 1995; Taylor, 1996). Более того, есть основания считать, что недавно разработанные и обновленные версии когнитивно-поведенческой терапии в конечном счете докажут свое превосходство (Clark, 1997). Отчетливым преимуществом техник поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии над медикаментозным лечением является то, что они обеспечивают гораздо более длительное улучшение с очень низкой частотой рецидивов; действительно, состояние клиентов нередко продолжает улучшаться и по завершении лечения.

Примером успешного комбинированного лечения может послужить случай Пола — уже знакомого нам хирурга, страдавшего социальной фобией.

Разбор случая: лечение Пола. Со времени возникновения своей социальной фобии 13 лет назад Пол какое-то время принимал трициклические антидепрессанты, которые помогли ему справиться с паническими атаками, хотя он продолжал испытывать перед последними интенсивный страх и по-прежнему избегал социальных ситуаций. В целом проведенное лечение мало повлияло на его социальную фобию. Он также

получал поддерживающую психотерапию, которая в то время помогла ему совладать с депрессией, но никак не отразилась на социальной фобии и панике. Когда Пол обратился в клинику с жалобой на тревогу, он не получал ни лекарственной терапии, ни какого-либо другого лечения. Назначенное ему лечение состояло из 14 недель когнитивно-поведенческой терапии. К концу лечения он больше не паниковал и чувствовал себя вполне уютно в большинстве ранее избегавшихся им социальных ситуаций. Он встречался с друзьями, от которых из-за своей тревоги годами прятался, и начал встречаться с женщинами. На самом деле, он в ходе последней лечебной сессии пригласил на свидание женщину, бывшую его терапевтом!

Панические расстройства, сопровождающиеся и не сопровождающиеся агорафобией

В диагностическом отношении **паническое расстройство** определяется и характеризуется возникновением «неожиданных» панических атак, которые, как часто кажется, случаются «словно гром среди ясного неба». В соответствии с определением, данным в *DSM–IV*, индивид должен в течение как минимум месяца испытывать рекуррентные неожиданные атаки и постоянно волноваться из-за возможного развития очередного приступа или последствий атаки (бояться, например, «потерять контроль» или «сойти с ума»). Для того чтобы паническая атака считалась полномасштабной, она должна отличаться внезапным и резким развитием как минимум 4 из 13 симптомов: одышки, учащенного сердцебиения, потоотделения, головокружения, деперсонализации (чувство отдельности от своего тела) или дереализации (ощущение внешнего мира странным или нереальным), страха смерти, боязни «сойти с ума» или «утратить контроль». Подобные атаки зачастую «неожиданны» или «возникают без предупреждения» в том смысле, что не видятся спровоцированными идентифицируемыми аспектами непосредственной ситуации. Действительно, они часто возникают в ситуациях, когда их меньше всего можно было ждать, например, в процессе релаксации или во сне (в этом случае они известны как *ночная паника*). Однако в других случаях о панических атаках говорят, что они «ситуационно предрасположены» в том, что возникают лишь иногда, в особой ситуации, например при вождении машины или в толпе. Как правило, парализующий ужас панической атаки исчезает за какие-то минуты.

С учетом того, что 10 из 13 симптомов панической атаки — соматические, вряд ли удивит тот факт, что многие люди, переживающие эти атаки, не идентифицируют их как таковые, полагая, например, что у них случился сердечный приступ. Девяносто процентов таких людей могут вновь и вновь оказываться в приемных отделениях больниц или в кабинетах врачей из-за проблем, которые им видятся медицинскими: кардиологических, респираторных или неврологических (Hirshfeld, 1996). К сожалению, часто бывает, что правильный диагноз не устанавливается годами, несмотря на многочисленные дорогие анализы, которые показывают нормальные результаты. Таких проволочек с постановкой правильного диагноза, а также временных и денежных затрат на ненужные медицинские услуги можно избежать, если человек попадет к врачу, знакомому с подобными состояниями, или к тому, кто направит его проконсультироваться у профессионала, ведающего вопросами психического здоровья (Hirshfeld, 1996; Katon, 1994). Это важно и потому, что

паническое расстройство вызывает значительные нарушения социального и физического функционирования (приблизительно равные тем, что вызываются большой депрессией, Hirshfeld, 1996), а также потому, что оно может способствовать развитию или усугублению множества соматических заболеваний (Schmidt & Telch, 1997). Наконец, последние данные говорят о том, что от 30 до 60% людей с синдромом болей в грудной клетке, но с нормальными коронарными артериями (без признаков сердечной патологии) на самом деле страдают ранее не диагностированным паническим расстройством. Поэтому больных, которые жалуются на боли в груди, но не имеющих признаков ишемической болезни сердца, врачи должны подвергать психиатрическому интервьированию на предмет наличия у них панического расстройства (Carter et al., 1997).

Отличительные признаки паники и тревоги

Два признака панических атак отличают их от других разновидностей тревоги: характерные непродолжительность и интенсивность. При панической атаке симптомы развиваются молниеносно и за 10 минут обычно достигают пиковой интенсивности; как правило, через 20–30 минут атаки проходят и редко длятся дольше одного часа. Периоды тревоги, напротив, обычно не сопровождаются таким внезапным началом, продолжаются дольше, и ее симптомы не столь интенсивны. Если мы вернемся к разграничению между страхом и тревогой, изложенному в начале главы, то важно отметить, что, по мнению многих современных исследователей паники, паническая атака является просто активацией реакции «борьбы или бегства», которой ведает симпатическая нервная система (Gray, 1987; Gray & McNaughton, 1996), что для некоторых теоретиков тождественно реакции страха (например, Antony & Barlow, 1996; Barlow, 1988; Barlow et al., 1996). Барлоу называет паническую атаку «ложной тревогой», при которой нет никакого явного триггера в отличие от «истинной тревоги», возникающей при столкновении с медведем гризли, или «выученной тревоги», проявляющейся при встрече с объектом фобии. Поэтому для Барлоу основным признаком, отличающим панические атаки при паническом расстройстве от фобических реакций, возникающих при встрече лиц, страдающих специфическими и социальной фобиями, с фобическими объектами или ситуациями, служит просто наличие или отсутствие внешнего триггера, поддающегося идентификации. Как рассмотрено ранее, тревога в отличие от фобического страха и паники — более сложная и расплывчатая смесь эмоций и когниций, включая выраженный негативный аффект, обеспокоенность будущей угрозой и ощущение готовности встретить опасность, как только она возникнет.

Случай Минди Маркович типичен для лиц, страдающих паническим расстройством без агорафобии.

Разбор случая: панические атаки у руководителя отдела по художественному оформлению рекламы. Минди Маркович — привлекательная, стильно одевающаяся женщина 25 лет; она работает руководителем отдела по художественному оформлению рекламы в отраслевом журнале и обратилась в клинику по лечению тревоги, прочитав в газете о ее лечебной программе. Она хочет избавиться от «панических атак», которые на протяжении последнего года донимали ее все чаще и чаще, зачастую по два-три раза на дню. Эти атаки начинаются с внезапного сильнейшего наплы-

ва «ужасного страха», который, как кажется, возникает ниоткуда, иногда — днем, иногда — по ночам, заставляя ее просыпаться. Ее начинает трясти, она обильно потеет, чувствует, что вот-вот задохнется, и страшится утратить контроль и совершить что-то безумное, например с криками выбежать на улицу.

Минди вспоминает, что впервые атаки подобного толка возникли у нее в средней школе. Она встречалась с мальчиком, знакомство с которым ее родители не одобряли, и ей приходилось пускаться на «многие хитрости», чтобы не столкнуться с ними. В то же время она испытывала большую нагрузку, отвечая за оформление школьного ежегодника, и, кроме того, подала заявления в ряд старейших университетов Новой Англии. Минди помнит, что первая паническая атака возникла у нее сразу после того, как ежегодник отправили в печать, и ей пришли положительные ответы из университетов Гарварда, Йейля и Брауна. Атаки длились всего несколько минут, и все что ей было нужно, это просто «пересидеть» их. Она встревожилась достаточно, чтобы рассказать о них матери, но за лечением не обратилась, так как в прочих отношениях была абсолютно здорова.

После первой атаки приступы паники у Минди периодически возникали на протяжении 8 лет, иногда не беспокоя ее месяцами, но иногда возникая по нескольку раз в день. Интенсивность атак была отмечена крайними колебаниями, так, некоторые из них бывали настолько тяжелыми и изнурительными, что ей приходилось брать выходной.

Минди всегда прекрасно успевала в школе, в работе и в социальной жизни, за исключением периодов панических атак и краткого периода депрессии в 19-летнем возрасте, когда она порвала со своим приятелем. Она живой, дружелюбный человек; пользуется уважением друзей и коллег как за ум и неординарность, так и за свое умение улаживать споры.

Минди никогда не ограничивала свою деятельность даже в периоды частых тяжелых атак, хотя она, истощенная приступами, могла бы день-другой отдохнуть от работы дома. Она никогда не связывала атаки с какими-то особыми местами. Минди говорит, например, что дома, в своей собственной постели, могла испытать приступ с тем же успехом, что и в подземке, так что ей не было никакого смысла избегать последней. Где бы ее ни застигла атака — в метро, в супермаркете или дома, — она говорит: «Я просто стараюсь ее перетерпеть» (Spitzer et al., 1994).

Агорафобия

Исторически считалось, что агорафобия подразумевает боязнь, *agora* — греческое слово, обозначающее место для проведения общественных собраний (Marks, 1987). И действительно, люди с агорафобией чаще всего боятся и избегают улиц и мест скопления людей — торговых рядов, кинотеатров и стадионов. Особенно трудным для них может быть стояние в очереди. Однако кроме перечисленного лица с агорафобией боятся путешествий в тех или иных формах и обычно избегают машин, автобусов, самолетов и поездов метро. Что объединяет эти, казалось бы, разные кластеры страхов? Сегодня считается, что **агорафобия** обычно развивается как осложнение панических атак (иногда поистине ужасных), имевших место в одной или нескольких подобных ситуациях. Люди, страдающие агорафобией и боящиеся, что у них может развиться паническая атака или что они заболеют, обеспокоены пребыванием в местах или ситуациях, побег из которых окажется физически трудным или психологически постыдным, в которых им не смогут оказать экстренную помощь, если случится нечто страшное (American Psychiatric Association, 1994).

В умеренно тяжелых случаях такие люди могут ощущать дискомфорт даже при выходе из дома в одиночку, и если решаются на это, то испытывают значительную тревогу. В очень тяжелых случаях агорафобия оказывается чудовищно разрушительным расстройством, при котором человек не в состоянии покинуть свой дом или даже отдельные его помещения.

Агорафобия без паники

Хотя агорафобия часто выступает осложнением панического расстройства, случается и так, что она возникает без предшествующих развернутых панических атак. В последнем случае обычным паттерном является постепенное расширение боязливости, когда все больше аспектов среды вне домашних стен наделяется угрожающими свойствами. В клинических условиях случаи агорафобии без паники встречаются крайне редко, но если и фиксируются, то в анамнезе клиента часто присутствуют так называемые атаки с ограниченной симптоматикой (меньше четырех симптомов) или другие, соматические заболевания с непредсказуемым течением, такие как эпилепсия или колит, когда человек может бояться внезапных приступов (Barlow, 1988; McNally, 1994). Однако случаи агорафобии без паники не редкость в эпидемиологических исследованиях (например, Eaton & Keyl, 1990; Kessler et al., 1994). Причины этого расстройства до настоящего времени не выяснены, но несмотря на это изучению агорафобии без паники до сих пор уделялось недостаточное внимание. Существует мнение, что во многих случаях диагностирования этого расстройства, если бы были применены корректные диагностические процедуры, его правильнее было бы расценивать как разновидность специфической фобии (McNally, 1994).

Случай Энн Ватсон во многих отношениях типичен для панического расстройства с агорафобией.



Люди, страдающие тяжелой агорафобией, нередко боятся выйти из дома в какое-нибудь общественное место – отчасти из-за страха испытать паническую атаку в месте, бегство из которого окажется физически затруднительным или психологически постыдным. Они даже могут оставаться узниками в собственном доме до тех пор, пока не будет возможности выйти в сопровождении супруга или доверенного спутника.

Разбор случая: мать, страдающая паническим расстройством с агорафобией. Миссис Ватсон, замужняя женщина и мать двоих детей, впервые обратилась в клинику в возрасте 45 лет. Два года назад она испытала первую паническую атаку, развившуюся через несколько месяцев после скоропостижной кончины ее дяди, к которому в детстве она была очень привязана. Однажды вечером, возвращаясь с работы, она почувствовала, что ей никак не отдышаться. Мгновением позже ее сердце бешено заколотилось, у нее выступил холодный пот, возникло чувство нереальности происходящего. Обездвиженная свинцовой тяжестью в ногах, она уверилась в том, что потеряет сознание или умрет прежде, чем доберется до дома. Обратившись за помощью к прохожему, она сумела сесть в такси и попросить шофера отвезти ее в ближайшую больницу. Последующее соматическое обследование не выявило никаких отклонений, за исключением чуть учащенного сердцебиения, которое стало нормальным еще до того, как обследование было завершено. К ней быстро вернулось самообладание, и она смогла самостоятельно вернуться домой.

Через четыре недели, когда об инциденте успели забыть, миссис Ватсон перенесла второй, похожий приступ, находясь дома и занимаясь стряпней. В течение следующих нескольких недель развились еще четыре атаки, которые все появлялись неожиданно, и она стала отчаиваться в попытках установить их причину. Она также отметила, что начала испытывать тревогу по поводу возможного возникновения новых атак. Консультация с семейным врачом привела к постановке диагноза «нервное перенапряжение» и назначению медикаментозной противотревожной терапии. Лекарства сделали миссис Ватсон спокойнее, но, похоже, ничуть не повлияли на продолжавшиеся приступы паники. Она обнаружила, что алкоголем напряжение снимается даже еще лучше, чем лекарствами, и стала пить, что только усилило тревогу и озабоченность ее мужа.

По мере того как атаки продолжались, миссис Ватсон начала испытывать ужас при мысли о выходе из дома одной. Она боялась, что именно тогда у нее разовьется приступ и она окажется обездвиженной и беспомощной. Она перестала пользоваться метро по пути на работу из страха, что приступ застигнет ее в вагоне между остановками, взамен предпочитая пешком проходить 20 кварталов, разделявших ее дом и место службы. Кроме того, она резко сократила свою социальную и рекреационную деятельность, прежде бурную и приятную, так как мог развиться приступ, понуждающий к внезапному и постыдному «сходу со сцены». Когда хозяйственные и прочие нужды требовали коротких автомобильных поездок, она тайком откладывала их до поры, когда ее мог сопроводить кто-нибудь из детей или соседей. Невзирая, однако, на столь разительные перемены в образе жизни и растущие неудовлетворенность и отчаяние, она оставалась вполне нормальной дома или вне его, когда находилась в обществе мужа (по Spitzer et al., 1983).

Мы рассматриваем паническое расстройство и агорафобию вместе потому, что накопленные данные говорят о некоторой общности их механизмов, включая возможную связь с генетическими факторами (например, Noyes et al., 1986, 1987). Как уже отмечалось, в анамнезе многих людей с агорафобическим паттерном присутствуют неоднократные панические атаки и создается впечатление, что в большинстве случаев агорафобия развивается в качестве вторичной реакции на паническое переживание. Это означает, что после нескольких панических атак у человека начинает развиваться страх перед ситуациями, в которых они имели место, и этот страх постепенно распространяется на другие ситуации, в которых атаки *могли бы* возникнуть. Такую упреждающую тревогу индивид неизменно испытывает при мысли о том, что ему нужно выйти из дома по какому-нибудь делу.

Распространенность и возраст начала панических расстройств, сопровождающихся и не сопровождающихся агорафобией

Паническими расстройствами в сочетании с агорафобией или без нее страдают многие люди. Например, по данным Национального обзора коморбидности, примерно у 3,5% взрослого населения на каком-то этапе их жизни имеет место паническое расстройство; у 1,5% также возникает агорафобия. Примерно еще 5% удовлетворяли диагнозу агорафобии без паники (Kessler et al., 1994). В том же исследовании было найдено, что, как и в случае социальной фобии, число случаев панического расстройства растет у молодого поколения (Magee et al., 1996).

Панические расстройства в сочетании с агорафобией или без нее чаще всего дебютируют в возрасте между 15 и 24 годами, особенно у мужчин, но могут возникать и в возрасте 30–50 лет, особенно у женщин (Eaton et al., 1994; Hirschfeld, 1996). Появляясь, они склонны принимать хроническое течение, хотя интенсивность симптоматики часто имеет волнообразный характер (Ehlers, 1995; Wolfe & Maser, 1994). Данные многих прошлых исследований свидетельствовали о почти равной частоте панического расстройства без агорафобии как для мужчин, так и для женщин, однако самые последние эпидемиологические данные позволяют утверждать, что у женщин подобные нарушения встречаются почти в два раза чаще (Eaton et al., 1994). Гораздо большей согласованностью отличались данные по гендерным различиям при агорафобии, которая у женщин встречается чаще, чем у мужчин. Действительно, при возрастании степени агорафобического избегания процентная доля женщин увеличивается, а среди лиц с тяжелой агорафобией около 80% случаев приходится на долю женщин (Bekker, 1996; Reich, Noyes & Troughton, 1987). Этот факт чаще всего объясняют социокультурными влияниями: в нашей культуре (равно как и во многих других) для женщин считается более приемлемым избегать ситуаций, которых они боятся, или, коль скоро такие ситуации оказываются неизбежными, зависеть в них от сопровождающего лица, которому они доверяют. По причине социальных экспектаций мужчины, страдающие паническим расстройством, более склонны «перетерпеть» ситуацию. Разделяя эту идею, Чемблесс и Мейсон (Chambless & Mason, 1996) проверили страдавших агорафобией мужчин и женщин по шкале половых ролей и нашли, что чем менее «маскулинными» оказываются показатели шкалы, тем более экстенсивным является агорафобическое избегание как у женщин, так и мужчин. В недавнем обзоре были отмечены несколько работ в поддержку идеи о том, что недостаток таких мужских черт, как, например, ассертивный и деятельный подход к жизни, может играть роль в объяснении значительных половых различий при агорафобии (Bekker, 1996); это означает, что женщины, испытывающие панические атаки и не относящиеся к жизни ассертивно, могут быть более склонными к развитию пассивно-зависимого поведения, характерного для агорафобии. Однако этому вопросу посвящено сравнительно небольшое число авторитетных работ, и предстоит еще сделать гораздо больше, прежде чем мы по-настоящему поймем, почему тяжелые формы агорафобии развиваются у женщин намного чаще, чем у мужчин.

Коморбидность с другими расстройствами

У людей, страдающих паническими расстройствами в сочетании с агорафобией или без нее, нередко бывает один или несколько дополнительных диагнозов, включая генерализованную тревогу, социальную фобию, простую фобию, депрессию и зло-

употребление алкоголем (Brown, 1996; Craske & Barlow, 1993; Magee et al., 1996). Согласно современным данным, от 30 до 50% лиц с паническим расстройством на каком-то этапе своей жизни переживают серьезную депрессию (Gorman & Coplan, 1996). Нередко они также удовлетворяют критериям для постановки диагноза зависимого или избегающего личностного расстройства (диагноз личностного расстройства ставится в случае, когда индивид обладает ригидными, дезадаптивными и приводящими к серьезному нарушению или дистрессу чертами личности; см. главу 9) (Craske & Barlow, 1993). Серьезные споры в последнее время ведутся и по вопросу, существует ли для клиентов с паническими расстройствами повышенный риск появления суицидных мыслей и совершения суицидных попыток. В последних обзорах был сделан вывод о недостаточности данных в пользу того, что паническое расстройство само по себе повышает риск суицида, однако это может происходить косвенно — через повышение риска развития депрессии и злоупотребления психоактивными веществами, так как и то и другое служит фактором риска по отношению к суициду (Hornig & McNally, 1995; McNally, 1994; см. также Warshaw et al., 1995).

Хронизация первой панической атаки

Создается впечатление, будто сами панические атаки возникают «ниоткуда», однако их первоначальное появление часто предваряется ощущениями дистресса (Lelliott et al., 1989) или каким-то глубоко стрессовым обстоятельством жизни: потерей близкого человека, разрывом значимых отношений, потерей работы или ролью жертвы преступления (обзор см. в Falsetti et al., 1995; Manfro et al., 1996). Действительно, усредненные данные многих исследований говорят о том, что приблизительно от 80 до 90% клиентов сообщают о развитии первой панической атаки вслед за одним или несколькими негативными жизненными событиями. Таким образом, время возникновения первых атак, как правило, не бывает произвольным, но приурочено к стрессовым обстоятельствам жизни в целом, как мы могли видеть из разбора вышеописанных случаев Минди Маркович и миссис Ватсон.

Тем не менее развернутое паническое расстройство возникает не у всех людей, испытавших паническую атаку после стрессового события. На самом деле, эпизодические панические атаки бывают у многих людей, не имеющих ни панического расстройства, ни агорафобии. Современные данные говорят о том, что от 7 до 30% взрослых хотя бы однажды в жизни пережили паническую атаку, однако у большинства из них после этого не возникло развернутое паническое расстройство. Кроме того, эпизодические панические атаки часто появляются у лиц с другими тревожными расстройствами и/или большой депрессией (Barlow, Brown & Craske, 1994; Brown, 1996). Если принять во внимание, что панические атаки встречаются гораздо чаще панического расстройства, то возникает вопрос: почему полномасштабное паническое расстройство развивается только у некоторых людей из этой категории? Ответить на этот вопрос попытались сторонники нескольких очень разных и видных теорий, касающихся причин панического расстройства.

Биологические причинные факторы

Многие поисковые данные привели психиатров биологической ориентации к гипотезе о том, что паническое расстройство — это следствие биохимической аномалии в головном мозге. Начальный аргумент был следующим: паника должна каче-

ственно отличаться от генерализованной тревоги (обсуждаемой ниже), а не быть, как считалось ранее, более тяжелой формой тревоги (Klein, 1981). Эта идея подкреплена тем очевидным фактом, что имипрамин (трициклический антидепрессант), как оказалось, блокирует у лиц с агорафобией панические атаки, но не влияет на упреждающую их тревогу. Если имипрамин воздействует на панику, но не на тревогу, то паника не может быть всего лишь более тяжелой ее формой.

Кляйн (Klein, 1981) и другие ученые (Sheehan, 1982, 1983) утверждали, что панические атаки представляют собой сигналы тревоги — реакции, вызываемые биохимическими дисфункциями. В недавней, более глубоко проработанной версии данной идеи Кляйн (Klein, 1993) утверждает, что этот сигнализирующий об опасности механизм может формироваться в силу гиперчувствительности лиц, страдающих паническим расстройством, к повышенному содержанию в мозге двуокиси углерода (одного из биологически активных компонентов воздуха, которым мы дышим). По ходу эволюции у людей выработался «механизм, сигнализирующий об угрозе удушья», рассчитанный на случаи вполне реальной опасности, когда человек может задохнуться. Согласно излагаемой гипотезе, люди с паническим расстройством обладают чрезмерно чувствительным внутренним устройством для слежения за возможным удушьем, которое ошибочно воспринимает сигналы о недостатке пригодного для дыхания воздуха в моменты, когда они испытывают трудности с дыханием (как это часто бывает при паническом расстройстве). Исследования, предпринятые с целью проверки этой гипотезы, показали противоречивые результаты (например, Coplan & Klein, 1996; McNally, 1994; McNally & Eke, 1996).

Роль норадреналина и серотонина

Гипотеза о биохимической дисфункции подтверждается данными многочисленных исследований, выполненных на протяжении последних 30 лет, которые показали, что панические клиенты гораздо чаще переживают панические атаки в экспериментах, где они подвергаются разнообразным *опытным биологическим процедурам*, нежели нормальные люди или представители контрольных психиатрических групп. Эти опытные биологические процедуры (простирающиеся от приема разнообразных препаратов до вдыхания воздуха с различной концентрацией двуокиси углерода) подвергают нагрузке определенные нейробиологические системы, которые, в свою очередь, порождают интенсивную физическую симптоматику (например, учащенное сердцебиение и повышение артериального давления), кульминацией чего для клиентов с паническими расстройствами часто бывает паническая атака. Например, инфузиями лактата натрия — вещества, напоминающего лактат, который вырабатывается нашим организмом в ходе физических упражнений (например, Gorman et al., 1989; Hollander et al., 1989), ингаляциями двуокиси углерода (например, Woods et al., 1987), приемом кофеина или химического вещества, называемого йохимбин (например, Uhde, 1990), можно вызвать панические атаки, которые у клиентов с паническим расстройством развиваются гораздо чаще, чем у нормальных субъектов (обзор см. в Coplan & Klein, 1996). К сожалению, спровоцировать панику способны столь многие фармакологические агенты (отсюда и термин: *агенты, провоцирующие панику*), часть которых связана с различными и даже взаимоисключающими нейробиологическими процессами, что говорить о каком-то

одном нейробиологическом механизме не представляется возможным (Antony & Barlow, 1996; van den Hout, 1988). Это привело теоретиков биологической ориентации к мысли о существовании множества разнородных биологических причин паники (Krystal, Deutsch & Charney, 1996). Однако есть основания полагать, что для подобных результатов существуют более простые объяснения психологического порядка, о чем пойдет речь в разделе, посвященном когнитивным и поведенческим причинным факторам.

Паника и мозг

Согласно известной нейробиологической теории паники, существует особый участок ствола головного мозга — *locus coeruleus*, голубое пятно (рис. 5.1), «заинтересованный» в панике, а также особый нейротрансмиттер, норадреналин, который играет основную роль в обеспечении мозговой активности в этой зоне.

Например, Редмонд (Redmond, 1985) показал, что электрическое раздражение голубого пятна у обезьян приводит к реакции, очень похожей на паническую атаку; более того, разрушение этого участка делает обезьян, по-видимому, неспособными испытывать страх даже перед лицом реальной опасности. Кроме того, известно, что некоторые лекарства, чаще всего используемые при лечении панического расстройства, — трициклические антидепрессанты имипрамината, а также ингибиторы моноаминооксидазы снижают функциональную активность норадреналина (Goodard, Woods & Charney, 1996; Redmond, 1985). Следовательно, возможно, что ненормальная активность норэпинефрина в голубом пятне способна играть каузальную роль в возникновении панических атак (например, Goodard et al., 1996). Необходимо провести дополнительные исследования, прежде чем мы получим исчерпывающее представление о нейробиологии паники. В настоящее время данные, поддерживающие изложенную теорию, разноречивы и не объясняют все случаи панического расстройства (Goodard et al., 1996; McNally, 1994).

Действительно, некоторое время назад главная роль в порождении панических атак приписывалась и другой мозговой структуре: серому веществу, окружающему в среднем мозге центральную часть сильвиева водопровода (Gray & McNaughton, 1996). Кроме того, в связи с тем, что последние данные свидетельствуют о том, что

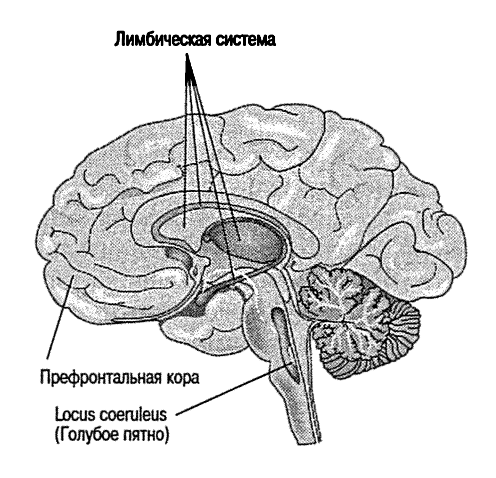


Рис. 5.1. Биологическая теория паники, тревоги и агорафобии

Согласно одной теории, панические атаки могут быть результатом анормальной активности в голубом пятне, маленьком участке мозгового ствола. Считается, что в основе упреждающей тревоги, которая развивается у людей в связи с возможностью возникновения очередной панической атаки, лежит деятельность лимбической системы. В основе фобического избегания, выученной реакции, может лежать деятельность префронтальной коры (Gorman et al., 1989).

при лечении панического расстройства весьма уместно назначать препараты, селективно воздействующие на другой нейротрансмиттер, серотонин, внимание исследователей было приковано к возможным отклонениям при паническом расстройстве в трансмиссии не только норадреналина, но и серотонина. Современной теорией предполагается, что серотонин может ингибировать действие норадреналина в сером веществе, окружающем сильвиев водопровод, и/или в голубом пятне, сглаживая волны норадреналиновой активности, которые, как считается, возникают во время панической атаки (Goddard et al., 1996; Gray & McNaughton, 1996).

Но панические атаки — не единственный компонент панического расстройства. Как мы видели, люди с паническими расстройствами испытывают также упреждающую тревогу в связи с возможным возникновением новой атаки, а те из них, кто страдает агорафобией, характеризуются вдобавок фобическим избегающим поведением. Представляется вероятным, что ответственность за эти различные аспекты панического расстройства несут разные участки головного мозга. Панические атаки как таковые возбуждаются под действием активности голубого пятна, расположенного в мозговом стволе (и/или серого вещества среднего мозга, окружающего сильвиев водопровод), и подразумевают «бурную активность вегетативной нервной системы» (Gorman et al., 1989, p. 150). У людей, испытавших одну или несколько панических атак, впоследствии развивается выраженная упреждающая тревога относительно вероятности возникновения новой атаки. Эта тревога генерируется лимбической системой (подкорковой областью мозга, тесно связанной с эмоциональным поведением) и часто подразумевает смутное ощущение того, что в будущем подобные атаки могут повториться и оказаться опасными. На основании того, что связи между голубым пятном и лимбической системой хорошо установлены, Горман с коллегами (Gorman et al., 1989) предположили, что панические атаки могут продуцировать генерализованную или упреждающую тревогу посредством своеобразного феномена *разжигания*. Повторное воздействие на лимбическую систему разрядами, исходящими из голубого пятна (паническими атаками), может понижать порог стимуляции тревоги, за которую отвечает лимбическая система. Наконец, авторы утверждают, что фобическое избегание, наблюдаемое в сочетании с агорафобией, — подлинно выученный феномен, который контролируется префронтальной корой, являющейся областью головного мозга, участвующей в научении (см. рис. 5.1). Последние данные о роли лимбической системы в упреждающей тревоге суммировали также Грей и Мак-Нотон (Gray & McNaughton, 1996) (см. еще Charney, Grillon & Bremner, 1998).

Генетические факторы

Есть данные, говорящие в пользу того, что панические расстройства тяготеют к семейному паттерну возникновения. Многими исследованиями было показано, что прямые ближайшие родственники панических клиентов страдают паническим расстройством чаще, чем родственники лиц из контрольной группы (Mackinnon & Foley, 1996; McNally, 1994), а монозиготные близнецы в какой-то степени больше расположены к конкордантности в этом диагнозе, чем близнецы дизиготные (Torgersen, 1983; Kendler et al., 1992b, 1993a, 1995). Однако следует подчеркнуть и тот факт, что наследуемость в этом случае носит умеренный характер. Например, Кендлер с коллегами (Kendler et al., 1992b, 1995), осуществившие большое исследование, испытуемыми

в котором были близнецы женского пола, установили, что изменчивость в подверженности агорафобии и паническому расстройству на 35–39% зависела от генетических факторов. В некоторых исследованиях высказывалось предположение о специфичности такой наследуемости для панического расстройства (например, Crowe et al., 1983; Noyes et al., 1986, 1987), но данные последнего исследования женщин-близнецов говорят о пересечении генетических факторов, ответственных за уязвимость в отношении развития панического расстройства и фобий (Kendler et al., 1995).

Когнитивные и поведенческие причинные факторы

Одной из первых гипотез об истоках паники и агорафобии была гипотеза «страха перед страхом» (Goldstein & Chambless, 1978). Согласно этой теории, лица, страдающие агорафобией, начинают бояться панической атаки из-за ее устрашающих свойств. Они становятся чрезмерно чуткими к телесным ощущениям и слабые признаки тревоги начинают интерпретировать как сигнал к возможному развитию панической атаки; затем они реагируют тревогой на тревогу. В случае постепенного развития страха перед местами, в которых могла бы возникнуть паническая атака, возникает агорафобическое избегание. В недавней, усовершенствованной версии этой модели данные авторы утверждали, что паническое расстройство подразумевает **интероцептивные страхи**, то есть боязнь разного рода внутренних телесных ощущений. Эти страхи могут возникать посредством процесса интероцептивного обусловливания, в ходе которого разнообразные телесные ощущения, которые стали ассоциироваться с паническими атаками, приобретают способность самостоятельно провоцировать последние. Сильное сердцебиение, например, может возникнуть в начале развернутой панической атаки и, являясь предвестником ее прочих составляющих, может приобрести способность провоцировать панику (Antony & Barlow, 1996; Mineka & Zinbarg, 1996; van den Hout, 1988).

Когнитивная теория паники

Опираясь на вышеупомянутые поведенческие гипотезы, Бек, Эмери (Beck & Emery, 1985) и Кларк (Clark, 1986, 1988, 1997) предложили когнитивную модель паники. Согласно этой модели, панические клиенты отличаются гиперсензитивностью по отношению к своим телесным ощущениям, склонны интерпретировать их максимально пессимистично. Кларк называет это тенденцией к катастрофизации значения собственных телесных ощущений. Панический пациент, например, может заметить у себя сердцебиение и заключить, что у него сердечный приступ. Эта ужасная мысль порождает многие дополнительные физические симптомы тревоги или страха, которые еще больше разжигают катастрофические мысли, приводя к порочному кругу с кульминацией в форме панической атаки. В другом случае, если женщина ощущает головокружение и воспринимает его как знак предстоящего обморока или мозговой опухоли, то это может завершиться панической атакой через тот же механизм порочного круга (рис. 5.2).

Необходимо отметить, что люди часто не осознают, что занимаются подобными катастрофическими интерпретациями; нередко бывает, что такие мысли лежат вне сферы их осведомленности (Rapee, 1996). Однако эти, как называет их Бек, «автоматические мысли» и являются триггерами паники. Следовательно, данная модель говорит буквально следующее: панические атаки возникают не на «пустом

месте»; они, скорее, запускаются автоматическими мыслями, которые могут быть, а могут и не быть осознанными (хотя их можно довести до осознания в ходе когнитивной терапии).

Главным различием между когнитивной моделью и интероцептивными моделями «страха перед страхом» является важность для когнитивной модели *значения*, которое индивид придает телесным ощущениям и которое вызывает панические атаки в случае, когда человек катастрофически интерпретирует определенные ощущения. Подобные катастрофические когниции не обязательны с точки зрения модели интероцептивного обусловливания (Antony & Barlow, 1996).

В настоящее время когнитивные теоретики не могут назвать факторы, определяющие развитие у человека подобной тенденции катастрофизировать свои телесные ощущения. Согласно одной из гипотез, так происходит в силу научающих переживаний, предшествующих первой панической атаке, например благодаря наблюдению за родительской моделью поведения, практикуемого при болезни или панических атаках (Ehlers, 1993). Другой возможностью служит то, что тенденция к катастрофизации может развиваться после первой атаки из-за манеры, в которой часто реагируют на подобную атаку врачи и значимые другие (Clark, 1997). Но каким бы путем ни развивалась эта тенденция, когнитивная теория предполагает, что среди всех людей, переживших хотя бы одну паническую атаку (и составляющих от 7 до 30% от общего населения), паническое расстройство разовьется именно у тех, кто отличается данной тенденцией к ката-



Рис. 5.2. Панический круг

Воспринятая тревога любого типа способна привести к опасениям или беспокойству, которые сопровождаются разнообразными телесными ощущениями. Если человек катастрофизирует значение своих телесных ощущений, то это, в соответствии с когнитивной теорией паники, повышает уровень воспринятой угрозы, порождая тем самым еще большие опасения и беспокойство, а также новые физические симптомы, которые еще сильнее подстегивают катастрофические мысли. Кульминацией такого порочного круга может стать паническая атака. Первоначальные физические ощущения не всегда порождаются воспринятой угрозой (как это показано в верхней части круга), но могут проистекать из других источников (под влиянием физических упражнений, гнева или психоактивных препаратов).

строфизации (Clark, 1997). Таким образом, когнитивная модель не всегда в силах адекватно объяснить, почему возникает самая первая паническая атака, однако она достаточно убедительно объясняет, почему паническое расстройство развивается лишь у малой части людей, переживших одну или несколько панических атак. Несомненно, что для решающей проверки данного аспекта теории потребуется в дальнейшем проведение лонгитюдных исследованиий.

Несмотря на то обстоятельство, что мы еще не располагаем данными подобных перспективных исследований, когнитивная модель паники согласуется с несколькими линиями установленных фактов. Например, во многих работах было показано, что панические клиенты в большей степени склонны интерпретировать свои телесные ощущения в катастрофическом свете (например, Hibbert, 1984; обзор см. в Clark, 1997). Более того, в одном исследовании продемонстрировано, что активации катастрофических ошибочных интерпретаций путем того, что панические клиенты зачитывали вслух пары слов «сердцебиение—умирание», «одышка—удушье» или «онемение—удар», было достаточно, чтобы вызвать панику более чем у 80% панических клиентов, подвергнутых испытанию (Clark, 1997). Это означает, что для вызова паники достаточно было простых размышлений о связанных с нею ощущениях и их пугающих последствиях. Модель также предсказывает, что изменение когниций клиентов относительно их телесных симптомов должно ослабить или предотвратить панику. Данный прогноз подтверждается результатами лечения паники методами когнитивной терапии (Clark et al., 1994; см. ниже). Помимо этого, однако, панику может предотвратить простое объяснение того, чего следует ожидать от исследования, в ходе которого будет спровоцирована паника (Clark, 1997). Клиентам с паническим расстройством либо подробно объясняли, каких физических симптомов им следует ждать от инфузии лактата натрия, одновременно разъясняя, почему им не стоит волноваться из-за этих симптомов, другой группе клиентов давались самые минимальные объяснения. Клиенты, получившие когнитивное обоснование, не выказывали особенно сильных реакций на введение лактата (их сердцебиение, например, учащалось не так значительно, как у клиентов из контрольной группы). Кроме того, те клиенты, которым дали разъяснения относительно ожидаемых симптомов, значительно реже паниковали в ответ на введение лактата (30%), чем клиенты из контрольной группы (90%).

В целом эти данные приводят нас к ранее высказанному соображению о том, что существует более простое психологическое объяснение общего механизма, лежащего в основе воздействия всевозможных агентов, провоцирующих панику. Поскольку эти агенты продуцируют возбуждение, постольку они имитируют психологические сигналы, которые обычно предшествуют панической атаке или выступают признаком какой-то другой нависшей катастрофы (Margraf, Ehlers & Roth, 1986a, 1986b). Клиенты с паническим расстройством, которым уже изначально присуще повышенное возбуждение и которые очень хорошо знакомы с этими ранними предупреждающими сигналами, с наглядной частотой ошибаются, интерпретируя такие симптомы, как начало панической атаки. Согласно Кларку и Беку, следует ожидать, что такого рода ошибочная интерпретация часто будет приводить к полномасштабной панической атаке у панических клиентов, но не у нормальных представителей контрольной группы, которым не свойственны подобные заблуждения. Другими словами, вероятно, что чувствительность к лактату, двуокиси

углерода или иным агентам, провоцирующим панику, возникает как *следствие* уже имеющегося панического расстройства, которое сопряжено с комплексом убеждений, понуждающих индивида к ошибочной интерпретации необычных телесных ощущений в катастрофическом свете. Когнитивная модель не отрицает роль, которую играют в создании уязвимости перед паникой биологические и генетические факторы, но постулирует, что с их помощью нельзя объяснить, почему удается блокировать панику простыми когнитивными манипуляциями. Она утверждает, что когнитивные переменные играют гораздо более непосредственную и видную каузальную роль в запуске панических атак.

Осознаваемый контроль и безопасность

В исследовании, выполненном Сандерсоном, Рапи и Барлоу (Sanderson, Rapee & Barlow, 1989), было продемонстрировано, что панику можно заблокировать ощущением контроля над ситуацией, в которой она может возникнуть. Клиентам с предоставленным осознаваемым контролем говорили, что если они почувствуют тревогу, когда будут вдыхать двуокись углерода, то смогут сократить подачу газа, повернув диск в том случае, если свет будет включен. Клиентам без осознания контроля давали те же инструкции, но свет никогда не включали, так что у них не было возможности почувствовать осознаваемый контроль. Фактически никто из клиентов группы осознаваемого контроля так и не поворачивал диск, в силу чего воспринимаемый ими контроль был только ощущаемым, а не реальным. Тем не менее клиенты с осознаваемым контролем демонстрировали меньшее физиологическое возбуждение в ответ на вдыхание двуокиси углерода и паниковали значительно реже, чем клиенты, лишенные такого контроля. Тот факт, что клиенты пере-



Тенденция к катастрофизации телесных ощущений, например невозможности отдышаться, может играть роль причины в раскручивании тревоги или беспокойства с преобразованием их в паническую атаку. В настоящее время, однако, не очень понятно, каким образом эта тенденция развивается.

живают панические атаки как преимущественно непредсказуемые и неконтролируемые события, может способствовать поддержанию этих атак (см. Antony & Barlow, 1996; Mineka & Zinbarg, 1996).

В недавнем исследовании была продемонстрирована способность психологических переменных блокировать панику, вызванную вдыханием двуокиси углерода. Половине людей, страдавших паническим расстройством, было разрешено привести с собой в лабораторию еще кого-нибудь в качестве «гаранта безопасности», тогда как другой половине велели прийти одним. Если бы паника вызывалась исключительно биологическими переменными, то это различие не повлияло бы на вероятность развития панической атаки при вдыхании двуокиси углерода. Однако, как и ожидалось с точки зрения когнитивного направления, лица, пришедшие на процедуру с сопровождающим, испытали более слабый дистресс, продемонстрировали меньшее физиологическое возбуждение и реже впадали в панику (Carter et al., 1995).

Тревожная сензитивность как фактор уязвимости для паники

Еще одно возможное объяснение причин, по которым ошибочная катастрофическая интерпретация телесных ощущений развивается лишь у некоторых людей, заключается в том, что люди, склонные к развитию панического расстройства, в прошлом пришли к убеждению о пагубности или опасности своих телесных ощущений (более мягкая форма катастрофических когниций). Исследователи предположили, что склонны к развитию паники те, кто отличается выраженной предшествующей *тревожной сензитивностью* (глубокой убежденностью в том, что определенные соматические симптомы могут быть чреваты негативными последствиями) (Reiss & McNally, 1985; McNally, 1994; Cox, 1996). При высокой тревожной сензитивности поддерживаются, например, следующие утверждения: «Едва я замечаю, что мое сердце колотится, я начинаю беспокоиться, что у меня будет сердечный приступ». Мы знаем, что людям с паническим расстройством свойственны более высокие показатели тревожной сензитивности, чем отмечающиеся у клиентов с другими тревожными расстройствами (например, Taylor, 1995), но это может быть, скорее, следствием панического расстройства, нежели его причиной. Однако, как показано в справке 5.1, к настоящему времени выполнен ряд исследований, подтверждающих, что люди с высокой тревожной сензитивностью более склонны к развитию панических атак, а также, вероятно, панического расстройства.

Безопасность поведения и устойчивость паники

Почему панические атаки столь упорно преследуют лиц с развившимся паническим расстройством, несмотря на тот факт, что мрачнейшие их предчувствия сбываются очень редко, если сбываются вообще? У некоторых таких клиентов может быть, например, по три-четыре атаки еженедельно на протяжении 20 лет; каждый раз они могут быть уверены в том, что у них сердечный приступ, но этого никогда не случается. После нескольких сотен, не говоря уже о нескольких тысячах панических атак без сердечного приступа, можно было бы думать, что подобная катастрофическая мысль будет в достаточной степени опровергнута, чтобы отступить. Последние данные говорят о том, что перед атакой или во время нее панические клиенты часто предаются «безопасному поведению» и отсутствие катастрофы склонны ставить в заслугу именно своим «безопасным» действиям. Например, люди, считающие, что

в период паники они переносят сердечный приступ, могут брать себе минуту отдыха и замедлять дыхание; именно с этим они связывают впоследствии то, что у них не развился приступ. Другие, кто думает, что может упасть в обморок, ищут твердой опоры, чтобы прислониться, а те, что боятся сойти с ума, могут усиленно следить за своими мыслями (Clark, 1997; Salkovskis et al., 1996). Данные этого исследования показывают, что в процессе лечения важно идентифицировать эти паттерны «безопасного» поведения так, чтобы клиенты могли попытаться отречься от них и в итоге увидеть, что катастрофы, их пугающей, как не было, так и нет.

Когнитивное предпочтение и поддержка паники

Наконец, среди исследований есть много таких, где подчеркивается, что люди с паническим расстройством тенденциозны в способах обработки угрожающей информации. Такие люди более склонны находить угрозу в неоднозначных телесных ощущениях (Clark, 1997), и они, вероятно, проявляют тенденциозность в запоминании угрожающей информации (McNally, 1994, 1996; см. также Becker, Rinck &

СПРАВКА 5.1. НА ОСТРИЕ СОБЫТИЙ

Новые данные о тревожной сензитивности как факторе уязвимости для панических атак

В ходе двух важных новейших исследований были представлены наилучшие на сегодняшний день доказательства того, что тревожная сензитивность действительно выступает фактором уязвимости перед паническими атаками. Шмидт, Лерью и Джексон (Schmidt, Lerew & Jackson, 1997) на протяжении 5 недель наблюдали за более чем 1400 юношами, проходившими начальную военную подготовку. Организация исследования прекрасно соответствовала цели, состоявшей в проверке диатезо-стрессовой модели начала панического расстройства, так как люди с различными уровнями диатеза отслеживались и изучались в период воздействия на них непредсказуемого и неконтролируемого стресса достаточной интенсивности. Хорошо известно, что панические атаки часто начинаются в периоды сильного стресса (например, Pollard, Pollard & Corn, 1989). Шмидт и коллеги обнаружили, что тревожная сензитивность высокого уровня (степень, в которой человек уверен, что вегетативное возбуждение и прочие симптомы тревоги способны привести к пагубным последствиям) предвещала развитие спонтанных панических атак на протяжении периода действия сильного стресса. Например, из лиц с показателями, входящими в максимальные 10% по Индексу тревожной сензитивности (Peterson & Reiss, 1987), 20% за пять недель начальной подготовки пережили как минимум одну паническую атаку; среди остальных участников исследования за тот же период паническая атака развилась лишь у 6%. В той группе, где показатели соответствовали высшим 25% индекса, у 13% за изучаемый период имела место, как минимум, одна паническая атака. Среди лиц с показателями, соответствующим минимальным 25%, паника наблюдалась всего у 3%.

Высокая частота панических атак у лиц с высокими показателями тревожной сензитивности в данном случае особо важна, так как для этой выборки курсантов был в целом характерен очень низкий уровень тревожной сензитивности по сравнению с общей популяцией (понятно, что большинство людей с высокой тревожной сензитивностью стараются избежать военной службы из-за суровых требований и риска). Достойно внимания было и то, что сама по себе тревога не

Margraf, 1994). Есть также данные в пользу того, что внимание этих лиц часто приковано к угрожающей информации, особенно к той, где говорится о физической угрозе, и что они особо сведущи в оценке работы своего сердца (Ehlers & Breuer, 1996). Неясно, играет ли подобная тенденциозность информационной обработки каузальную роль в развитии панического расстройства, но не приходится сомневаться, что она способствует поддержанию расстройства в случае его возникновения.

В целом в течение 15 лет после идентификации данного нарушения в качестве самостоятельного расстройства проводилось его активное исследование. Изучение как биологических, так и психологических факторов, участвующих в паническом расстройстве, позволило получить более четкое представление о нем. Согласно нашему мнению, маловероятно, чтобы исследования, проведенные лишь в рамках какой-то отдельно взятой традиции, сумели дать исчерпывающее объяснение этого расстройства, и мы уповаем на дальнейшие попытки синтезировать и интегрировать данные, полученные в свете этих отличающихся друг от друга направлений (McNally, 1994).

была показателем того, кто именно будет паниковать. Для такого прогноза имела значение только *тревожная сензитивность.* Более того, именно тревожная сензитивность, а не тревога, являлась и фактором риска в отношении функционального нарушения общения с товарищами и начальством, плохого физического здоровья и в целом неудовлетворительного состояния.

Во втором важном исследовании Телч и коллеги (Telch et al., 1997) в течение года наблюдали за более чем 500 учащимися колледжа, половина из которых отличалась высокой тревожной сензитивностью. В конце года у них бралось интервью с целью выяснения, испытывали ли они панические атаки на протяжении этого года. Хотя эти студенты не подвергались воздействию столь сильного стресса, как курсанты в исследовании Шмидта и коллег, результаты оказались совершенно аналогичными. За годичный контрольный период около 10% лиц, входивших в группу высокой тревожной сензитивности, испытали как минимум одну паническую атаку, тогда как в группе низкой тревожной сензитивности такую атаку пережили менее 4% участников.

Эти работы, безусловно, предоставляют важнейшие на сегодняшней день доказательства того, что тревожная сензитивность служит фактором риска или диатезом в плане развития паники и функционального нарушения, возникающего вследствие тревожной симптоматики. При наличии данных, свидетельствующих о том, что тревожная сензитивность выступает диатезом в отношении развития панических атак, возможно создание программ профилактики, призванных снижать тревожную сензитивность у лиц, входящих в группу риска. Известно, что когнитивно-поведенческое лечение самого по себе панического расстройства снижает тревожную сензитивность (Mineka, Rozensky & Martinovich, готовится к печати; Telch et al., 1993), и потому можно рассчитывать, что такие же процедуры помогут снизить тревожную сензитивность у представителей группы риска прежде, чем у них успеют развиться панические атаки. Один такой профилактический проект осуществляется сейчас в Техасе (Telch, Alpbanalp, Harrington, Owen & Hattiengadi, 1997), так что мы скоро узнаем не только о том, способна ли короткая программа когнитивно-поведенческого вмешательства ослабить тревожную сензитивность (Harrington et al., 1995), но и приводит ли это к снижению уязвимости перед паническими атаками.

Лечение панического расстройства и агорафобии

Медикаментозные средства

Многим клиентам с паническим расстройством (с агорафобией или без нее) назначаются препараты бензодиазепинового ряда типа ксанакса. Под действием таких малых транквилизаторов (или анксиолитиков, или противотревожных препаратов) у них часто наблюдается некоторое ослабевание симптоматики, а часть пациентов оказывается способной к более эффективному функционированию. Однако эффекты, как правило, гораздо слабее (при сравнении с эффектами плацебо), чем это видится общественному сознанию. Кроме того, через несколько недель эффективность применяемых препаратов снижается (Barlow, 1988). Анксиолитическим препаратам свойственны совершенно нежелательные побочные эффекты, такие как сонливость и седация, которые ухудшают когнитивную и двигательную деятельность. Более того, нередко случается, что у пациента развиваются высокая толерантность к препарату и стойкая зависимость от него, так как эти лекарства считаются потенциально аддиктивными. Отвыкание от данных препаратов может протекать медленно и трудно, при этом весьма часто ускоряется наступление рецидива. При паническом расстройстве, если отмена препарата не происходит постепенно (например, в течение 2–4 месяцев), клиент, несомненно, испытает то, что было названо «возвратной паникой», которая может быть тяжелее первоначальной (Ballenger, 1996). Кроме того, некоторые люди слишком многого ждут от лечения, которое просто смягчает симптоматику, не затрагивая при этом основной проблемы, а маскировка симптомов может отвратить пациентов от прохождения необходимой психотерапии, оказывающей более долговременные эффекты. По данным некоторых исследований, прием лекарственных препаратов на фоне поведенческой терапии может воспрепятствовать долговременным эффектам действенных поведенческих или когнитивно-поведенческих методов, рассматриваемых ниже (Barlow et al., представлено на рассмотрение; Marks et al., 1993; Hayward & Wardle, 1997).

Другая категория препаратов, помогающая при лечении панического расстройства и агорафобии, — антидепрессанты (включая ингибиторы моноаминооксидазы, трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина). По сравнению с анксиолитиками, эти препараты обладают как преимуществами, так и недостатками. Их большое преимущество заключается в том, что они не аддиктивны. Недостаток, однако, состоит в том, что их те или иные позитивные эффекты развиваются лишь через несколько недель и они бесполезны в острых ситуациях, когда к врачу обращается человек, переживающий паническую атаку или испытывающий крайнюю тревогу. Значительной проблемой при приеме антидепрессантов могут быть и неприятные побочные эффекты (сухость во рту, временное ухудшение зрения или снижение сексуального возбуждения). Поэтому многие такие клиенты отказываются от приема этих препаратов или прекращают его либо из-за побочных эффектов (Wolfe & Maser, 1994), либо из-за близкой к фобической реакции при мысли о приеме каких бы то ни было лекарств (Ballenger, 1996). Кроме того, отмена препаратов очень часто сопровождается рецидивами.

Поведенческие и когнитивно-поведенческие методы лечения

Первоначально поведенческое лечение агорафобии, разработанное в начале 1970-х годов, подразумевало длительное представление клиентами пугающих ситуаций часто с помощью терапевта или членов семьи. Такие основанные на представлении методы зарекомендовали себя как высокоэффективные, помогая приблизительно 60% клиентов с агорафобией, у которых отмечается клинически значимое улучшение. Подобные результаты, оставляющие без клинически значимого улучшения около 40% клиентов, повлекли за собой дальнейшие исследования, призванные повысить частоту успешных исходов (McNally, 1994).

Одним серьезным ограничением основанных на представлении методов стало то, что в их фокусе не оказывались сами по себе панические атаки. В середине 1980-х годов были разработаны две новые техники, что стало следствием растущего признания главной роли, которую панические атаки играют для людей, страдающих такими состояниями. Одна из этих техник подразумевает новый вариант представления, известный как *интероцептивное представление*. С учетом выраженности страхов, которые люди с паническим расстройством испытывают перед телесными ощущениями, идея техники заключается в том, чтобы данные страхи лечить так же, как страх перед внешними агорафобическими ситуациями, — методом длительного представления этих внутренних ощущений до полного рассеивания страха.

Поэтому клиентов просят выполнять разнообразные упражнения (на гипервентиляцию, с покачиванием головы из стороны в сторону, бег на месте, задержка дыхания, прием кофеина), которые вызывают пугающие физические ощущения. Затем те упражнения, что порождают симптомы, наиболее напоминающие симптоматику во время панической атаки, целенаправленно отрабатываются так, чтобы смогло произойти угашение тревоги, сопровождающей эти физические ощущения.

Вторая разновидность внедренных техник — это техники когнитивные, которые добавлены в связи с признанием важности катастрофических автоматических мыслей хотя бы для поддержания данного состояния. В справке 5.2 проиллюстрирован один вариант когнитивно-поведенческого подхода к лечению панического расстройства.

Похоже, что описанные новейшие методы когнитивно-поведенческого лечения, в фокусе которых находится не только агорафобическое избегание, но и панические атаки как таковые, приводят в целом к лучшим результатам, чем те, что достигались при использовании первоначальных техник терапии, сосредоточенных исключительно на представлении внешних (экстероцептивных) ситуаций (Clark, 1996, 1997; McNally, 1994). Однако как минимум в двух работах было показано, что сочетание интероцептивного и экстероцептивного представления может привести к результатам столь же успешным, как и комплекс методик в сочетании с когнитивными техниками (Margraf & Schneider, 1991; Telch, 1995). Действительно, в большинстве работ, выполненных с применением одного из вариантов этих методик, от 75 до 95% лиц с паническим расстройством избавлялись от паники к концу 8–14-недельного курса лечения, а достигнутый прогресс сохранялся при контроле через год (Clark, 1996).

Как обстоит дело с комбинацией медикаментозного лечения и когнитивно-поведенческой терапии? Как уже говорилось, на короткий срок подобным соче-

танием можно добиться результатов лучших, чем при лечении каким-то одним методом (что было показано в ходе некоторых исследований). Однако представляется, что в долгосрочной перспективе, после снижения медикаментозного воздействия, у клиентов, получавших лекарственные препараты, даже в случае оказания им поведенческого или когнитивно-поведенческого лечения чаще развиваются рецидивы (Barlow et al., представлено на рассмотрение; Marks et al., 1993). Возможно, это происходит потому, что клиенты скорее приписывали достигнутый прогресс лекарствам, чем своим личным стараниям (Basoglu et al., 1994).

СПРАВКА 5.2

Когнитивно-поведенческая терапия при паническом расстройстве

Когнитивная модель панического расстройства легла в основу нового метода лечения, который показал себя высокоэффективным в ходе более чем дюжины исследовательских работ, выполненных как минимум в четырех разных странах (Wolfe & Maser, 1994). Несмотря на то что методы, использовавшиеся в различных исследовательских работах, различны, каждый из них представляет собой ту или иную форму когнитивно-поведенческой терапии. Одним из вариантов методики, практиковавшейся в клинике по лечению панических расстройств, в руководстве которой участвует один из авторов, был использован 14-сессионный формат лечения (по Barlow & Cerny, 1988).

Метод имеет три аспекта. Во-первых, клиентов знакомят с когнитивной моделью паники на многих примерах из их личного опыта паники, а также из переживаний других людей, страдающих этим расстройством. Благодаря ознакомлению с паническим кругом (рис. 5.2) они начинают понимать, каким образом их склонность к катастрофизации смысла собственных телесных ощущений раскручивает первоначально слабую тревогу, превращая ее в развернутую панику. После трех-четырех сессий клиентов учат идентифицировать автоматические мысли, возникающие как во время панических атак, так и в ситуациях, провоцирующих тревогу. Затем их знакомят с логическими ошибками, которым подвержены люди с паникой, и учат логически пересматривать собственные автоматические мысли. Например, человека, боящегося сердечного приступа, просят при первом признаке учащенного сердцебиения проанализировать факты в пользу вероятности такого события (когда, например, врач в последний раз говорил ему, что его сердце в полном порядке?), а также вероятность развития сердечного приступа в 30-летнем возрасте. Альтернативным образом если женщина боится оказаться в неудобной ситуации во время посещения ресторана в случае панической атаки настолько, что будет вынуждена уйти, то ей предлагают не только оценить возможность того, что друзья станут ее высмеивать, но и проанализировать собственные стандарты поведения. Затем ее просят определить, не завышены ли ее стандарты по сравнению со стандартами других людей (например, сочла бы она глупостью, если бы кому-то еще пришлось покинуть ресторан из-за панической атаки), а также выяснить, не предается ли она мышлению в стиле «все или ничего» (ее друзья, например, могли бы обеспокоиться ее состоянием, а не считать глупой).

На последующих сессиях когнитивная часть метода фокусируется на обучении людей декатастрофизации – научении размышлять над худшими последствиями, какие только могла бы иметь для них паническая атака (если бы, например, она застигла их за рулем, то они могли бы отогнать машину к обочине и подождать завершения атаки). Обычно, как только они на-

Генерализованное тревожное расстройство

В отличие от людей с тревожными расстройствами другого типа лица, страдающие генерализованным тревожным расстройством, располагают не слишком эффективными механизмами избегания тревоги. Таким образом, хотя жертвы иных тревожных расстройств способны в определенной степени смягчать тягостные чувства при помощи избегающего поведения, основными признаками данного расстройства служат на первый взгляд неустранимые ощущения угрозы и тревоги.

учаются декатастрофизации, общее переживание паники начинает представляться им не столь ужасным, хотя и по-прежнему неприятным (при этом не делается попытки декатастрофизировать смерть!).

Второй этап лечения подразумевает обучение людей с паническим расстройством двум техникам, которые снижают общее физическое возбуждение и напряжение. Сюда входит тренинг глубокой мышечной релаксации, сопровождаемый тренингом диафрагмального дыхания. Научившись релаксации, клиенты сокращают количество соматических симптомов тревоги, на фоне которых развертываются панические атаки. Переобучение дыханию важно не только с точки зрения релаксации, но и потому, что у людей с паническим расстройством существует хроническая наклонность к гипервентиляции (избыточному дыханию, которое адаптивно при физической нагрузке, но не в других случаях). Известно, что гипервентиляция порождает массу неприятных физических ощущений, таких как головокружение и стесненность в грудной клетке, часто присутствующие во время панических атак. (Вы можете проверить это на себе, если будете дышать очень быстро и глубоко на протяжении 1–2 минут.) Научаясь противодействовать этой тенденции, клиенты получают в свое распоряжение новый инструмент, который могут использовать для снижения вероятности того, что сами вызовут у себя симптомы, которых так боятся.

Третий этап лечения подразумевает представление пугающих ситуаций и телесных ощущений. Из-за важности роли, которую играют интероцептивные страхи (страхи перед телесными ощущениями), клиентов просят под руководством терапевта выполнять разнообразные физические упражнения, которые приводят к разным телесным ощущениям. К ним относятся: гипервентиляция, дыхание через соломинку, покачивание головой из стороны в сторону, бег на месте, задержка дыхания на минуту. После каждого упражнения клиенты описывают вызванные ощущения, степень их сходства с теми, что возникают при панике, и степень, в которой они оказываются пугающими. Упражнения, порождающие симптомы, наиболее близкие к тем, что присутствуют во время паники, отбираются для дальнейшей отработки. Идея заключается в том, что если клиенты будут выполнять эти упражнения, у них постепенно исчезнет тревога по поводу соответствующих ощущений. Более того, они научатся также чувству контроля над вызовом ощущений, что может способствовать снижению тревоги, порождаемой этими ощущениями, когда последние возникают, как может им показаться, без причины. Примерно к девятой сессии клиенты, страдающие также экстенсивным агорафобическим избеганием, приобретают навык оставаться в отпугивающих ситуациях достаточно долго, чтобы их тревога постепенно улеглась. Данный этап лечения откладывается до этого момента, чтобы клиенты уже обладали многими навыками копинга (когнитивными техниками, а также навыками релаксации и дыхания), которые помогут им выстоять в этих пугающих ситуациях лучше, чем это удавалось ранее.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) характеризуется хроническим чрезмерным беспокойством по поводу ряда событий или действий. Первоначально это состояние описывалось как *свободно плавающая тревога*, поскольку последняя не приурочена к конкретному объекту или ситуации, как это бывает при специфических или социальной фобиях. Критерии *DSM-IV* уточняют, что беспокойством должно быть отмечено большее число дней, чем без него, на протяжении как минимум шести месяцев, и это чувство должно переживаться как плохо поддающееся контролю. Его содержание не обязательно должно иметь отношение к тревоге, связанной с другим параллельным расстройством I оси, например из-за возможности развития панической атаки. Субъективное переживание чрезмерного беспокойства должно сопровождаться также как минимум тремя из следующих шести симптомов: 1) суетливость или ощущение себя взвинченным, находящимся на грани, 2) ощущение быстрой утомляемости, 3) затрудненная концентрация внимания или опустошенность сознания, 4) раздражительность, 5) мышечное напряжение и 6) нарушение сна. В предыдущих редакциях *DSM* сюда же включались симптомы гиперактивности вегетативной нервной системы (одышка, учащенный пульс, обильное потоотделение, головокружение и тошнота), но из *DSM-IV* они были исключены после того, как многократные исследования показали, что у клиентов с диагностированным ГТР ни один из этих симптомов не подтверждался с достаточной частотой (Brown, O'Leary, или Barlow, 1993). В действительности клиенты с ГТР реагируют на лабораторные стрессоры меньшей вегетативной симптоматикой, чем свободные от тревоги члены контрольной группы. Взамен они реагируют на подобные стрессоры выраженным психическим и мышечным напряжением (Brown et al., 1993).

Общие характеристики

Общим для людей, страдающих генерализованным тревожным расстройством, является то, что они живут в сравнительно постоянном состоянии напряжения, беспокойства и разлитой тревоги. Фундаментальным процессом является *тревожное предчувствие*, которое определено как ориентированное на будущее настроение, в котором человек пытается быть постоянно готовым разбираться с надвигающимися негативными событиями (Barlow et al., 1996; Brown et al., 1993). Это настроение характеризуется высокими уровнями негативного аффекта, хронического перевозбуждения и ощущения неконтролируемости (Barlow et al., 1996). Несмотря на то что тревожное предчувствие — это составная часть и других тревожных расстройств (например, человек с агорафобией тревожится по поводу будущих панических атак и смерти; индивид с социальной фобией тревожится в связи с возможной негативной социальной оценкой), оно составляет самую сущность ГТР, в силу чего Барлоу и другие называют ГТР «главным» тревожным расстройством (Wells & Butler, 1997).

Помимо избыточного беспокойства и тревожного предчувствия, людям с генерализованным тревожным расстройством часто бывает трудно сосредоточиться и принять решение из-за страха совершить ошибку. Они могут предаваться определенного рода тонким избегающим действиям, таким как отсрочки или проверки, не слишком эффективным в плане снижения тревоги. Такие люди склонны выказы-

вать заметную настороженность в адрес своего окружения, ища в нем возможные признаки угрозы. Как правило, они жалуются на мышечное напряжение, особенно в районе шеи и плеч, а также на нарушение сна, включая бессонницу и кошмары. (Частоту различных симптомов при ГТР см. в табл. 5.2.)

Как бы ни шли их дела, люди, страдающие генерализованным тревожным расстройством, полны предчувствий и тревоги. Их почти постоянное беспокойство поселяет в них неизменно удрученные, тревожные и унылые чувства. В одном исследовании было выяснено, что самыми частыми источниками беспокойства выступают семья, работа, финансы и личное нездоровье (Roemer, Molina & Borkovec, 1997). Таким людям трудно не только принимать решения, но и после того как им удается это сделать, они беспрестанно волнуются из-за возможных ошибок и непредвиденных обстоятельств, которые могут сделать решение неправильным и привести к катастрофе. Люди, страдающие ГТР, не получают облегчения даже

Таблица 5.2

Частота симптомов на 100 случаев генерализованного тревожного расстройства

Аффективные/соматические	%	Когнитивные/поведенческие	%
Неспособность расслабиться	97	Затруднения при концентрации внимания	86
Напряженность	86	Страх потерять контроль	76
Испуг	79	Страх быть отвергнутым	72
Нервозность	72	Неспособность контролировать мысли	72
Неустойчивость	62	Смятение	69
Общая слабость	59	Затуманенное сознание	66
Потливость рук (только рук)	52	Неспособность к припоминанию	55
Чувство ужаса	52	Несвязность предложений	45
Сильное сердцебиение	48	Блокирование речи	45
Покраснение лица	48	Страх быть атакованным	35
Шаткость	45	Страх смерти	35
Обильное потоотделение	38	Тремор рук	31
Затрудненное дыхание	35	Раскачивание туловища	31
Настойчивые позывы на мочеиспускание	35	Заикание	24
Тошнота	31		
Диарея	31		
Ощущение близкого обморока/головокружения	28		
Бледность лица	24		
Ощущение инородного тела в горле	14		
Подлинный обморок	3		

Источник: по Beck & Emery (1985), pp. 87–88.

с отходом ко сну. Часто бывает, что они вновь и вновь обдумывают каждую ошибку, реальную или воображаемую, недавнюю или совершенную в далеком прошлом. Когда же они не заняты пересмотром и оплакиванием прошлых событий, они поглощены предвосхищением всех трудностей, которые могут возникнуть в будущем. Они далеки от логики, к которой прибегает большинство из нас, когда мы заключаем, что бесполезно мучиться из-за возможных последствий, над которыми мы не властны. Иногда может казаться, будто эти люди на самом деле выискивают поводы для беспокойства, они чувствуют, что не в силах контролировать свою тягу к тревоге.

Распространенность и время возникновения тревожных расстройств

Генерализованное тревожное расстройство — сравнительно частое состояние; современные данные говорят о том, что в течение любого отдельно взятого календарного года им страдает около 3% населения, а 5% переживает его на каком-то этапе своей жизни (Kessler et al., 1994). Это делает его чуть более частым, чем паническое расстройство в сочетании с агорафобией или без нее. ГТР приблизительно в два раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин (различие не столь существенное, как при многих специфических фобиях или тяжелой агорафобии). (Суммарное представление гендерных различий при разных тревожных расстройствах см. в табл. 5. 3.)

Хотя ГТР широко распространено, большинству людей с этим расстройством удается функционировать, невзирая на высокие уровни тревоги и беспокойства; наверное, именно поэтому они менее склонны обращаться за психологической помощью в клиники, чем это свойственно людям с паническим расстройством или тяжелой депрессией, которые часто оказываются более разрушительными состояниями. Несмотря на то что люди с ГТР могут не обращаться за психологической

Таблица 5.3

Гендерные различия при тревожных расстройствах: данные о заболеваемости в течение жизни

Расстройство	Распространенность среди мужчин, %	Распространенность среди женщин, %	Пропорция
Специфические фобии	6,7	15,7	2,34
Социальная фобия	11,1	15,5	1,4
Паническое расстройство	0,8	2,0	2,5
Генерализованное тревожное расстройство	3,6	6,6	1,8
Обсессивно-компульсивное расстройство	2,0	2,9	1,45
Посттравматическое стрессовое расстройство	5,0	10,4	2,08

Источники: Barlow, 1988; Eaton et al., 1994; Karno et al., 1988; Kessler et al., 1994; Magee et al., 1996.

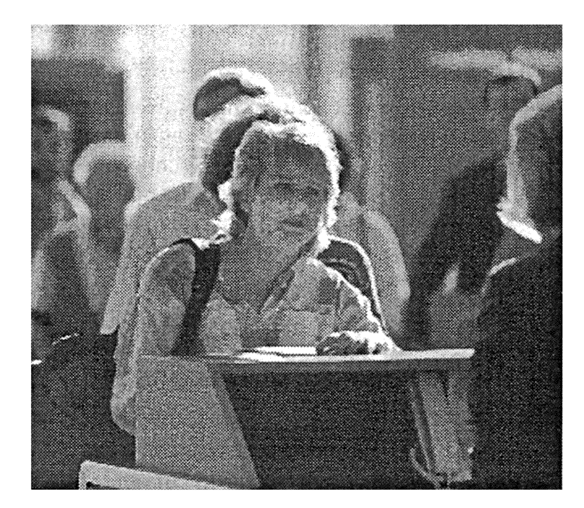
Примечание: Так как приведенные цифры взяты из различных работ и могут не поддаваться строгому сопоставлению, их следует рассматривать как аппроксимации современных данных о гендерных различиях.

помощью так часто, как клиенты с определенными состояниями иного типа, они очень часто обращаются к врачам с соматическими жалобами (например, на мышечное напряжение или утомляемость). На самом деле принято считать, что они, как и люди с паническим расстройством, злоупотребляют ресурсами здравоохранения (Roy-Byrne & Katon, 1997; Schweizer & Rickels, 1997).

Время начала появления тревожных расстройств нередко бывает трудно установить, несмотря на то что 60–80% клиентов говорят, будто испытывают тревогу сколько себя помнят; многие другие сообщают о медленном и коварном начале (Rapee & Barlow, 1993; Wells & Butler, 1997). В этой связи в последние годы многие пришли к предположению, что ГТР, с учетом того что оно развертывается на протяжении всей жизни, можно отнести к категории личностных расстройств (см. главу 9) в отличие от других тревожных расстройств, которые обычно имеют более острое начало (Rapee & Barlow, 1993; Sanderson & Wetzler, 1991). Сами клиенты также склоняются к рассмотрению своих тревог и беспокойства в качестве личностной характеристики (Wells & Butler, 1997).

Коморбидность с другими расстройствами

Генерализованное тревожное расстройство часто сопутствует другим расстройствам I оси, особенно тревожным и расстройствам настроения. Самыми частыми дополнительными тревожными расстройствами являются паническое расстройство с агорафобией, социальная фобия и специфическая фобия (Wittchen et al., 1994). Кроме того, многие люди с ГТР периодически испытывают панические атаки, которые не удовлетворяют диагнозу полномасштабного панического расстройства (Barlow, 1988). У многих из них имеются либо мягкие, либо умеренные признаки депрессии, равно как и хронической тревоги (Brown et al., 1993; Schweizer & Rickels, 1996; Wells & Butler, 1997). Этот факт не является неожиданностью в свете их мрачного взгляда на мир вообще. Не удивительно и то, что чрезмерное употребление транквилизаторов, снотворных и алкоголя нередко осложняет клиническую картину генерализованного тревожного расстройства.



Мышечное напряжение, хроническое перевозбуждение и трудности при попытке сосредоточиться – симптомы, которые могут быть у людей с генерализованным тревожным расстройством. Таким людям также свойственно чрезмерное беспокойство и сверхнастороженность по отношению к признакам возможной угрозы, исходящей из окружения.

Для данного тревожного расстройства совершенно типичен следующий случай.

Разбор случая: аспирант, страдающий ГТР. Джон, 26 лет, был единственным аспирантом кафедры социальных наук в престижном университете. Он признался, что испытывал тревогу едва ли не всю свою жизнь, включая детство. За последние 7–8 лет, после того как он уехал из дома, его состояние ухудшилось. В течение последнего года тревога серьезно препятствовала его функционированию. Джон сообщил о беспокойстве, распространявшемся на несколько сфер его жизни. Его чрезвычайно волновало собственное здоровье и здоровье родителей. Однажды, несколько месяцев ранее, он решил, что его сердце бьется медленнее, чем обычно, и ощутил некое покалывание; это поселило в нем тревожные мысли о возможной смерти. В другой раз, в аэропорту, он услышал, что его имя объявляют по системе трансляции, и встревожился, думая, что кто-то из близких находится при смерти. Он очень беспокоился за свое будущее, так как сильная тревога не позволяла ему закончить магистерскую диссертацию к положенному сроку. Он также излишне переживал из-за возможности получить плохую оценку, хотя за четыре года обучения в этом престижном университете Новой Англии такого ни разу не случалось, так же как и в столь же престижном учреждении, где он трудился после получения диплома. В аудиториях его слишком беспокоило мнение, которое составят о нем профессора и другие студенты. Джон старался брать слово лишь в малых аудиториях и только в том случае, когда был совершенно уверен в предмете. У него были друзья, но никогда не было девушки, потому что застенчивость не позволяла ему назначить свидание. При общении с женщинами у него не возникало никаких проблем, если только этим контактам не сообщалась романтическая окраска. Его беспокоило, что свидание он мог назначить лишь при твердой уверенности в изначальной серьезности предполагаемых отношений. Он также сверх меры тревожился из-за возможного отказа в свидании, который означал бы, что женщина не оценила его.

Помимо тревог, Джон жаловался на мышечное напряжение и быструю утомляемость. Он также говорил, что ему крайне трудно сосредоточиться, и сетовал на суетливость и привычку расхаживать из угла в угол. Когда Джон не мог работать, он подолгу предавался грезам наяву, которые беспокоили его, ибо он был не в силах установить над ними контроль. Иногда, в периоды особенной тревоги, ему было трудно заснуть, но в других случаях он спал слишком долго, отчасти из-за желания убежать от тревог. Он часто испытывал головокружение и сильное сердцебиение, а в прошлом страдал от полномасштабных панических атак. Вообще, он, по его словам, часто ощущал себя в состоянии ступора и неспособным заняться каким бы то ни было делом.

Родители Джона были людьми интеллектуального труда. Его мать тоже страдала от сильной тревоги и лечилась в связи с паническим расстройством. Сын, вне всяких сомнений, отличался большими способностями и прекрасно учился в школе, несмотря на тревогу, донимавшую его на протяжении всей жизни. Однако с возрастом, при росте нагрузки в связи с окончанием аспирантуры и том обстоятельстве, что Джон по-прежнему не знал женщин, его тревога усугубилась достаточно, чтобы он обратился за помощью.

Психосоциальные причинные факторы

Психоаналитическая точка зрения

С психоаналитической точки зрения генерализованная, или свободно плавающая, тревога возникает из-за бессознательного конфликта между эго и импульсами ид, который не удается адекватно преодолеть из-за поломки защитных механизмов

индивида. Фрейд считал, что эти импульсы изначально имеют сексуальную и агрессивную природу, а к свободно плавающей тревоге приводит либо блокирование, либо наказание их выражения. Защитные механизмы могут истощиться в случае, когда человек переживает частую и крайнюю тревогу, как это может быть при частом блокировании экспрессии импульсов ид (например, в периоды длительной сексуальной депривации). В другом случае может оказаться, что адекватные механизмы защиты изначально не были развиты. Согласно психоаналитическим взглядам основное различие между специфическими фобиями и свободно плавающей тревогой состоит в том, что при фобиях работают защитные механизмы вытеснения и замещения, тогда как при свободно плавающей тревоге эти механизмы не задействованы. Например, в случае с маленьким Гансом мы видели, что он, по мнению Фрейда, вытеснял свои эдиповы импульсы и переносил на лошадей страх перед отцом, которого считал соперником в борьбе за материнскую любовь. В то же время людям с генерализованным тревожным расстройством не удается вытеснить свою тревогу и перенести ее на какой-нибудь внешний объект. В этой связи они испытывают почти постоянную тревогу и не понимают ее истинной причины.

Классическое обусловливание многими стимулами

Согласно ранним поведенческим представлениям генерализованная тревога проистекает из классического обусловливания тревоги многими средовыми сигналами, которое в целом происходит так же, как и обусловливание при фобиях. Иначе говоря, генерализованное тревожное расстройство понимается в данной концепции как состояние, подразумевающее реакции фобического типа на многие аспекты внешнего окружения: от контрастов между светом и тенью до аморфных шумов и течения времени (Wolpe, 1958, p. 83). Основное различие между фобиями и генерализованной тревогой сводится, следовательно, к количеству и характеру средовых сигналов, которые стали источниками тревоги. Это бихевиористическое представление не выдержало испытания временем по мере углубления наших знаний о генерализованной тревоге. В настоящее время считается, что в основе ГТР лежит тревожное предчувствие или беспокойство из-за множества возможных неприятностей, а не страх перед многими внешними или внутренними стимульными ситуациями, в чем стремились убедить нас сторонники бихевиористических воззрений (Barlow et al., 1996; Borkovec, 1985, 1994).

Роль непредсказуемых и неконтролируемых событий

В последние годы внимание исследователей переключилось на ряд отдельных когнитивных процессов, которые, как представляется, играют важную роль в этиологии генерализованного тревожного расстройства. Как мы уже говорили в главе 4, одной из основных тем работ по изучению тревоги и страха, выполненных за последние 25 лет, было изучение проблемы неконтролируемости и непредсказуемости. Неконтролируемые и непредсказуемые неприятные события гораздо более стрессогенны, чем неприятные события, поддающиеся прогнозированию и контролю, и потому, вероятно, нельзя считать удивительным, что они также возбуждают бóльшие страх и тревогу (Barlow, 1988; Barlow et al., 1996; Mineka & Zinbarg, 1996). Это заставило исследователей выдвинуть гипотезу о том, что в анамнезе людей

с ГТР должны присутствовать переживания многих событий как непредсказуемых, так и/или неконтролируемых. Повергнуть индивида в состояние хронической тревоги способны, например, начальник или супруга, непредсказуемым образом впадающие в плохое настроение или ярость по внешне ничтожным или несуществующим причинам. Однако следует отметить, что по своему характеру непредсказуемые и неконтролируемые события не имеют, вероятно, той серьезной травмирующей силы, с которой связано развитие ПТСР, как это рассматривалось в главе 4, хотя Борковек (Borkovec, 1994) привел убедительные данные в пользу того, что в анамнезе индивидов с ГТР могут присутствовать стрессоры более близкие к тем, что участвуют в ПТСР, чем стрессоры, воздействовавшие на нормальных представителей контрольной группы. Возможно, что данная анамнестическая неконтролируемость способствует кажущейся неспособности таких людей контролировать свою тревогу. И наоборот, следует ожидать, что наличие в анамнезе опыта контроля над важными аспектами собственной жизни способно иммунизировать нас против развития генерализованной тревоги (Mineka & Kelly, 1989; Mineka & Zinbarg, 1996, 1998).

Кроме того, не исключено, что напряжение и сверхнастороженность (ощущение постоянного поиска признаков угрозы), свойственные людям с генерализованным тревожным расстройством, в какой-то мере могут быть связаны с нехваткой в их окружении *безопасных сигналов*. Если человек изначально имеет опыт соприкосновения с предсказуемыми стрессорами (по понедельникам, например, босс вечно в плохом настроении и постоянно придирается), то он, получив намек или сигнал (понедельник, рабочее время), сумеет предсказать неприятность; для такого человека отсутствие этого сигнала означает *безопасность* (например, рабочее время со вторника по пятницу). В случае, когда человек имеет опыт соприкосновения со многими непредсказуемыми или неконтролируемыми стрессорами (например, его босс или кто-то из родителей пребывает в плохом настроении и придирается от случая к случаю), у него не разовьется представление о безопасных сигналах, позволяющих расслабиться и ощутить себя в безопасности, что может привести к чувству хронической тревоги (Mineka, 1985a; Mineka & Zinbarg, 1996; Seligman & Binik, 1977). Таким образом, относительный недостаток безопасных сигналов может помочь в объяснении причин, по которым люди с ГТР испытывают постоянное напряжение и насторожены в плане возможных угроз.

Чувство владения ситуацией: иммунизация против тревоги

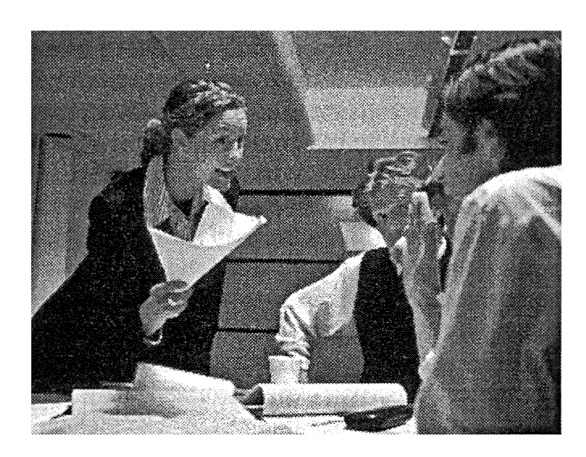
Невзирая на то что в настоящее время многие соображения о непредсказуемости и неконтролируемости, как только их специально применяют к понятию генерализованного тревожного расстройства, носят отчасти спекулятивный характер, в последние годы им было уделено огромное внимание, и они породили многие идеи для изучения данной проблемы в будущем (Barlow et al., 1996; Mineka, 1985a; Mineka & Zinbarg, 1996). Одна из неустранимых трудностей при подобных исследованиях состоит в том, что мы не можем непосредственно манипулировать контролируемостью и предсказуемостью жизненных переживаний человека. В этой связи нам приходится полагаться на лабораторные аналоговые исследования больше, чем это хотелось бы. Однако был поставлен эксперимент с использованием

лонгитюдного метода, в котором участвовали детеныши макак-резусов и который подтверждает гипотетическую роль переживаний контроля в иммунизации индивидов против страха и тревоги (Mineka, Gunnar & Champoux, 1986). В этом эксперименте две группы детенышей воспитывались в обществе себе подобных, где получали широкий опыт контроля и господства над вкусовыми подкрепителями, представленными в окружавшей их среде (нажимая на планки, вытягивая цепочки для получения пищи, воды и лакомств). Этих обезьян назвали «хозяевами». Две другие группы обезьян (называвшиеся «рабами»), воспитывались в таких же условиях, но не имели никакого контроля над своими подкрепителями; вместо этого они получали их, когда контроль осуществлял член группы «хозяев». Подкрепители были одинаково доступны «хозяевам» и «рабам»; единственное различие заключалось в контроле над ними.

В возрасте между 7 и 11 месяцами у всех обезьян были проверены реакции на разнообразные ситуации, провоцирующие страх и тревогу. При показе игрушечного чудовища обезьяны-«хозяева» быстрее приучались реагировать на него, чем обезьяны-«рабы». Более того, по сравнению с обезьянами-«рабами» обезьяны-«хозяева» были отважнее и с большей готовностью вступали в новую, отчасти пугающую игровую ситуацию, а находясь в помещении для игр, исследовали его в более свободной манере. Были получены и наводящие на размышления данные о том, что обезьяны-«хозяева», когда их отделяли от своей группы и пересаживали к «рабам» в качестве незваных гостей, лучше справлялись с ситуацией, чем «рабы» в таких же условиях. Таким образом, представляется, что ранний опыт контроля и власти в какой-то степени может иммунизировать против пагубных эффектов стрессовых ситуаций, а по аналогии, быть может, и против развития генерализованной тревоги (см. также Chorpita & Barlow, 1998).

Содержание тревожных мыслей

Второе важное направление в исследовании когнитивных факторов, участвующих в генерализованном тревожном расстройстве, сосредоточено как на содержании тревожных когниций, так и на воздействии тревоги на обработку угрожающей информации. Бек и Эмери (Beck & Emery, 1985) суммировали данные, свиде-



Возможно, что хроническое напряжение и сверхнастороженность, испытываемая людьми с генерализованным тревожным расстройством, частично могут быть связаны с нехваткой безопасных сигналов, исходящих из окружающей среды. Без таких безопасных сигналов, как заблаговременное знание, рассердится начальник или нет, они не смогут расслабиться и ощутить себя в безопасности.

тельствующие о том, что клиентам с ГТР присущи образы и автоматические мысли, вращающиеся вокруг физических травм, заболеваний и смерти, потери контроля, фиаско и неспособности к копингу, отвержения и психических расстройств. Обычными автоматическими мыслями были следующие: «Я выставлю себя дураком», «Люди меня засмеют», «Что, если у меня ничего не получится?», «Я не успею выполнить работу на должном уровне» и «Я никогда не достигну того уровня, какого должен был бы достичь» (Beck & Emery, 1985, p. 106). Принято считать, что эти негативные автоматические мысли провоцируются скрытыми дезадаптивными допущениями или схемами, относящимися к окружающему миру, которые развились у этих людей в процессе взросления. Обычные дезадаптивные допущения у клиентов с ГТР могут быть следующими: «Любую незнакомую ситуацию следует считать опасной», «Всегда лучше рассчитывать на худшее», «Мое выживание зависит от того, буду ли я неизменно компетентным и сильным» и «Мои спокойствие и безопасность зависят от предвидения и постоянной готовности к любой возможной опасности» (Beck & Emery, 1985, p. 63).

Природа и функция беспокойства

Автоматические мысли могут отличаться от беспокойства тем, что возникают стремительнее (почти рефлекторно) и часто — в образной стенографической или телеграфной форме; беспокойство подразумевает более пространные и включенные размышления, оценки возможных в будущем угроз. Тем не менее приступ беспокойства по тому или иному поводу может запускаться именно возникновением автоматических негативных мыслей (Wells & Butler, 1997). Борковек с коллегами (Borkovec et al., 1994) ознакомились как с мыслями людей с ГТР о преимуществах беспокойства, так и с фактическими функциями, которые выполняет процесс беспокойства. По мнению людей с ГТР, чаще всего беспокойство дает им пять преимуществ: 1) суеверное избегание катастрофы («беспокойство снижает вероятность наступления пугающего события»); 2) фактическое избегание катастрофы («беспокойство помогает выработать способы обхода или предотвращения катастрофы»); 3) избегание глубинных эмоциональных материй («мое беспокойство о многих вещах является способом отвлечения от беспокойства о других, более эмоциональных материях, о которых мне не хочется думать»; 4) копинг и подготовка («беспокойство о спрогнозированном негативном событии помогает мне к нему подготовиться»; 5) мотивирующий прием («беспокойство мотивирует меня к выполнению необходимой работы») (Borkovec, 1994, pp. 16–17).

Серьезные достижения в познании реальных функций беспокойства заставили нас по-новому посмотреть на причины, благодаря которым процесс беспокойства самоподдерживается и воспринимается настолько неконтролируемым. Когда люди, страдающие ГТР, беспокоятся, их эмоциональные и физиологические реакции на неприятные образы фактически подавляются. Это подавление эмоционального и аверсивного физиологического реагирования подкрепляет процесс беспокойства (то есть повышает его вероятность). Поскольку беспокойство подавляет физиологическое реагирование, постольку оно удерживает человека от полноценного переживания или анализа предмета, вызвавшего это чувство. Однако известно, что такая полноценная обработка необходима для угашения тревоги (Borkovec, 1994). Таким образом, сохраняется угрожающая смысловая нагрузка беспокоящей темы.

Более того, хотя беспокойство способствует непосредственному снижению физиологического возбуждения, оно также связано с большей продолжительностью эмоционального нарушения. Уэллс и Папагеоргиу (Wells & Papageorgiou, 1995), например, показывали людям страшный фильм. После фильма одним зрителям предлагали расслабиться и успокоиться, другим — представить события из фильма, а третьим — выразить вербальное беспокойство по поводу увиденного. В течение нескольких следующих дней те люди, которые моделировали состояние беспокойства, больше других страдали от неотвязных образов, навеянных фильмом. Уэллс и Бутлер (Wells & Butler, 1997, p. 167) заключили: «Индивиды, подверженные беспокойству... возможно, для избежания образов расположены к действиям, которые засоряют поток сознания все более частыми навязчивыми мыслями». Наконец, в настоящее время имеются определенные данные в пользу того, что попытки установить контроль над мыслями и беспокойством могут парадоксальным образом приводить ко все большему числу навязчивых мыслей и усиленному ощущению своей неспособности взять их под контроль (Wells & Butler, 1997).

Когнитивное предпочтение угрожающей информации

Для людей с ГТР характерны не только частые мысли угрожающего содержания, но и тенденциозная обработка угрожающей информации. Во многих исследованиях было показано, что люди, испытывающие общую тревогу, внимательны к сигналам, возвещающим угрозу, в случаях, когда в окружающей среде присутствует смесь из угрожающих и неугрожающих сигналов. Люди, свободные от тревоги, как правило, выказывают тенденциозность обратного свойства, отвращая внимание от угрожающих сигналов (обзоры см. в Mathews & Macleod, 1994; Mineka & Nugent, 1995; Mineka et al., 1998). Более того, это различное восприятие угрожающих сигналов осуществляется на очень ранней стадии информационной обработки — до того, как информация дойдет до сознания индивида. Такое автоматическое, бессознательное предпочтение внимания должно, как представляется, воздействовать на подкрепление или даже усугубление текущего эмоционального состояния человека. Это означает, что если человек уже тревожен и если его внимание автоматически приковывается к угрожающим сигналам, исходящим из окружающей среды, то это лишь усилит его тревогу. Кроме того, люди с общим тревожным фоном в гораздо большей степени склонны интерпретировать неоднозначную информацию в угрожающем свете, чем индивиды, не страдающие тревогой. Когда, например, клинически тревожные субъекты читают высказывания, допускающие двоякое толкование («Врач выявил у Эммы незначительный прогресс» или «Речь шла об аргументах священника»), они скорее запоминают их угрожающий смысл, чем не тревожные субъекты из контрольной группы (Eysenck et al., 1991; см. также MacLeod & Cohen, 1993; Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997).

При наличии столь выраженной тенденциозности интерпретации и внимания по отношению к сигналам об угрозе можно было бы предположить, что тревожные люди особенно хорошо запоминают последние из тех, с которыми сталкивались. Однако многочисленные данные опровергают это предположение (Mathews & MacLeod, 1994; Mineka & Nugent, 1995; Mineka et al., 1998; Williams et al., 1997). Возможно, что настороженность к сигналам об угрозе, лежащая в основе тенденциозности внимания, отчасти парадоксальным образом связана также с *избеганием*

дальнейшей проработки этих сигналов; подобная проработка необходима для наглядной демонстрации тенденциозности памяти.

В целом представляется, что возникновению и поддержанию генерализованной тревоги способствуют несколько когнитивных переменных. Переживание непредсказуемых и/или неконтролируемых жизненных событий способно усилить как существующую тревогу, так и подверженность ей перед лицом будущих стрессоров (Barlow, 1988; Barlow et al., 1996; Mineka, 1985a; Mineka & Zinbarg, 1996). Кроме того, рано развивающиеся схемы человека, обеспечивающие как выход из незнакомых и опасных ситуаций, так и выживание, могут предрасположить индивида к возникновению автоматических мыслей, сосредоточенных на возможных угрозах. Содержание таких мыслей, безусловно, способствует поддержанию тревоги, как это делает и сам по себе процесс беспокойства. Наконец, у подверженных тревоге людей нарушается обработка угрожающей информации так, что они автоматически обращают внимание на угрожающие сигналы, исходящие от их окружения. Более того, они склонны интерпретировать неоднозначную информацию в угрожающем свете. Однако создается впечатление, что они не особенно хорошо запоминают угрожающие сигналы, с которыми сталкиваются.

Биологические причинные факторы

Генетические факторы

При всей разноречивости данных относительно генетических факторов ГТР, представляется вероятным, что здесь, как и при других тревожных расстройствах, уместно говорить об умеренной наследуемости (Kendler et al., 1992a; MacKinnon & Foley, 1996; Plomin et al., 1997). Частью проблемы изысканий в этой области стал пока еще развивающийся характер наших представлений о ГТР и его диагностических критериях. В качестве самостоятельной диагностической категории ГТР было выделено лишь в 1980 году. Поэтому многие люди, участвовавшие в исследованиях до этого периода и получившие диагноз «тревожных состояний», могли представлять собой смешанную группу, состоявшую из клиентов с ГТР и паническим расстройством. Более того, диагностические критерии значительно видоизменялись при каждом пересмотре *DSM*, и это происходило даже после 1980 года, затрудняя сопоставление результатов исследований, выполненных в различные периоды (MacKinnon & Foley, 1996). На примере одного важного исследования близнецов видно, как показатели наследуемости варьируют, являясь функцией отдельно взятого определения ГТР (Kendler et al., 1992a).

Есть много вопросов и в плане степени специфичности, с которой передаются ГТР и другие тревожные расстройства. Данные некоторых исследований, например, подтверждают идею о существовании различного генетического диатеза при ГТР и паническом расстройстве, тогда как другие результаты говорят о возможности общего диатеза (MacKinnon & Foley, 1996). Однако все больше данных говорит о том, что общий генетический диатез лежит в основе ГТР и большого депрессивного расстройства (которое будет рассмотрено в главе 6) (Kendler et al., 1992d, 1996).

Недавно ученые сообщили о выделении специального гена тревоги и невротичности. Этот ген воздействует на способность головного мозга использовать нейротрансмиттер серотонин. Это был первый случай, когда удалось идентифицировать специфический ген, влияющий на важную черту человеческой личности, который

определяет, кто именно будет подвержен тревоге и другим негативным состояниям духа, а кто окажется расположенным к более уравновешенным, спокойным установкам. Ген воздействует на структуры, называемые *транспортерами серотонина*, — молекулы, которые сами по себе отличны от серотонина, но позволяют окружающим нервным клеткам реагировать на этот нейромедиатор (Lesch et al., 1996).

Ученые подчеркнули, что выраженность связи между этим геном и невротичностью весьма невелика и ответственна лишь за 4% изменчивости уровня человеческой невротичности, определяемой комбинацией этого гена как со многими другими, пока неустановленными генами, так и с экспериментальными средовыми факторами (Goldman, 1996). Тем не менее данным открытиям придается большое значение, так как невротичность — это один из трех-четырех самых главных параметров личности (Watson, Clark & Harkness, 1994), а также потому, что для высоконевротичных людей характерен, как известно, повышенный риск развития как тревожных, так и депрессивных расстройств (Clark, Watson & Mineka, 1994).

Функциональный дефицит ГАМК

В 1950-х годах было обнаружено, что тревога снижается под действием определенных препаратов. Этот класс лекарственных средств, бензодиазепины, включает в себя некоторые из наиболее популярных сегодня психоактивных препаратов (например, валиум, либриум и более современный — ксанакс). В 1970-х годах после открытия отчетливых эффектов, которые эти препараты оказывают на генерализованную тревогу, последовало установление того факта, что они, по всей вероятности, осуществляют свое воздействие через стимуляцию деятельности гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) — нейротрансмиттера, который в настоящее время прочно связывают с генерализованной тревогой (Redmond, 1985). Оказывается, что люди с высокой тревогой испытывают своего рода функциональный дефицит ГАМК, которая, как правило, играет важную роль в том, как наш мозг тормозит тревогу в стрессовых ситуациях. Препараты бензодиазепинового ряда, как оказалось, снижают тревогу путем повышения активности ГАМК в определенных участках мозга, о которых известно, что они принимают участие в развитии тревоги, например в лимбической системе. В настоящее время неясно, вызывает ли функциональный дефицит ГАМК тревогу у тревожных людей, или возникает как ее следствие, но представляется, что он способствует поддержанию тревоги.

Некоторое время назад был открыт новый класс препаратов, снижающих тревогу: азаспироны (из которых чаще всего применяется буспирон). При попытках разобраться в механизме действия этого класса лекарств исследователи обнаружили, что в модулировании тревоги участвует также другой нейротрансмиттер — серотонин. Однако точные механизмы остаются неизвестными и, несомненно, окажутся очень непростыми (Glitz & Balon, 1996). В настоящее время представляется, что свою роль в тревоге играют ГАМК, серотонин и, возможно, норадреналин, но механизмы их взаимодействия остаются невыясненными.

Нейробиологические различия между тревогой и паникой

Здесь важно еще раз подчеркнуть и то, что нейробиологические факторы, участвующие в панических атаках и генерализованной тревоге, *не* одни и те же (Charney et al., 1998; Gray & McNaughton, 1996). Как отмечено нами в начале главы, современные

теоретики проводят разграничение между страхом и тревогой, которое гораздо более фундаментально, чем прежнее, согласно которому тревога есть просто страх без известной причины. Страх и паника подразумевают активацию реакции «борьбы или бегства», а областями головного мозга и нейротрансмиттерами, чье участие в этих эмоциональных реакциях видится наиболее вероятным, являются голубое пятно в мозговом стволе и/или центральное серое вещество среднего мозга и нейротрансмиттер норадреналин. Генерализованная тревога, или тревожное предчувствие, представляет собой более расплывчатое эмоциональное состояние, которое подразумевает возбуждение и подготовку к возможной угрозе, а областью мозга и нейротрансмиттерами, наиболее тесно связанными с ним, служат лимбическая система и ГАМК (Gorman et al., 1989; Redmond, 1985). Недавно было высказано предположение, что в обоих состояниях участвует серотонин, но очень вероятно, что происходит это каким-то особенным образом.

Лечение генерализованного тревожного расстройства

Как уже отмечалось, многие клиенты с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) наблюдаются не профессионалами, ведающими вопросами психического здоровья, а семейными врачами; они ищут облегчения от «нервов», или тревог и/или от разнообразных функциональных (психогенных) физических нарушений. В таких случаях чаще всего назначаются (в том числе сверх меры и без нужды) препараты бензодиазепинового (анксиолитического) ряда типа валиума; они также смягчают субъективную тревогу и могут снизить эмоциональную реактивность по отношению к новым стрессорам. Как ранее отмечалось в связи с паническим расстройством, эти препараты в целом не столь эффективны, как это принято думать, и их действенность часто снижается через несколько недель постоянного приема. Более того, к ним развивается выраженное привыкание, и их трудно отменить. Как упоминалось выше, эффективным представляется и буспирон (препарат азаспиронового ряда). Его преимущество перед бензодиазепинами в том, что он неаддиктивен, однако недостатком является то, что терапевтический эффект может развиться лишь через несколько недель (Glitz & Balon, 1996). Кроме того, было показано, что при лечении ГТР могут быть эффективны некоторые классы антидепрессантов (Gitlin, 1996).

С усовершенствованием техник в последние годы все более эффективной оказывалась и когнитивно-поведенческая терапия генерализованного тревожного расстройства. Как правило, она подразумевает комбинацию поведенческих техник, таких как тренинг глубокой мышечной релаксации и техники когнитивного переструктурирования, призванные снижать беспокойство и его негативную содержательную нагрузку. Хотя изначально казалось, что из всех тревожных расстройств ГТР труднее всего поддается лечению, в недавнем прошлом достигли известного прогресса в этом направлении, благодаря чему в ряде исследований были продемонстрированы весьма успешные исходы лечения у 70% лиц, страдавших этим состоянием (Wells & Butler, 1997).

Разбор случая: когнитивно-поведенческая терапия ГТР у Джона. Случай Джона — вышеупомянутого аспиранта, страдавшего ГТР, служит примером успешного лечения этого состояния методами когнитивно-поведенческой терапии. До того как обратиться за помощью к когнитивно-поведенческму терапевту, он на протяжении

несколько месяцев посещал специалиста в студенческом консультационном центре, но не увидел большой пользы в «разговорной психотерапии». От матери он слышал, что ему может помочь когнитивно-поведенческая терапия, и стал искать место, где бы он мог получить такое лечение. Джон лечился около шести месяцев и за это время нашел, что тренинг глубокой мышечной релаксации помогает ему снизить общее напряжение. Кроме того, когнитивное переструктурирование (см. главы 3 и 17) значительно способствовало снижению уровня его беспокойства; он сообщил, что все без исключения сферы его жизни теперь вызывают у него гораздо меньшее беспокойство. Он все еще испытывал затруднения, оказываясь в цейтноте, но в этом тоже отмечалось улучшение. Джон стал больше общаться с людьми и начал делать пробные попытки назначить свидание, когда лечение завершилось по причинам финансового характера. Теперь он лучше понимал, что если женщина больше не хочет с ним встречаться, то это не означает, что он плох, а просто вызвано несходством характеров.

Обсессивно-компульсивное расстройство

В диагностическом отношении **обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)** определяется возникновением нежелательных и навязчивых обсессивных мыслей или неприятных образов; как правило, они сопровождаются компульсивными действиями, призванными нейтрализовать обсессивные мысли и образы или предотвратить какое-то ужасное событие или ситуацию. Говоря точнее, в соответствии с *DSM-IV* **обсессии** подразумевают упорные и рекуррентные навязчивые мысли, образы или импульсы, которые воспринимаются как помеха и ощущаются неподобающими. Люди с такого рода обсессиями стараются их либо игнорировать, либо подавлять, либо нейтрализовать при помощи какой-то другой мысли или действия. **Компульсии** могут подразумевать или очевидные повторяющиеся действия (например мытье рук, проверки или упорядочивание), или более завуалированные умственные процедуры (такие, как счет, чтение молитв или произнесение про себя определенных слов). Человек, страдающий этим расстройством, обычно ощущает



Компульсивные действия свойственны многим из нас, однако люди с обсессивно-компульсивным расстройством чувствуют себя вынужденными вновь и вновь повторять некое действие в ответ на обсессию, чтобы снизить порожденную ею тревогу или дискомфорт. Хотя человек может понимать, что его поведение чрезмерно и неразумно, он не властен над своей настойчивой потребностью. Обсессивно-компульсивные мойщики рук могут заниматься этим часами и даже прибегать к грубым скребкам, орудуя ими, пока руки не начнут кровоточить.

себя вынужденным выполнить такое компульсивное действие в ответ на обсессию, и часто бывает, что порядок «отправления» компульсивного поведения регламентируется очень жесткими правилами. Компульсивные действия осуществляются либо с целью предотвращения или снижения дистресса, либо с целью предотвратить какое-то ужасное событие или ситуацию даже в случае, когда действия эти не слишком связаны с тем, что они призваны нейтрализовать или предотвращать, или оказываются явно избыточными (American Psychiatric Association, 1994). Кроме этого, человек должен признавать, что обсессия не навязывается извне (как бывает при шизофрении), а является продуктом его собственного сознания. В настоящее время признается, что у обсессивно-компульсивных личностей существует континуум «инсайта», позволяющий во всей полноте оценить всю бессмысленность и чрезмерность их обсессий и компульсий (Riggs & Foa, 1993). В большинстве случаев эти люди в той или иной степени признают, что их обсессии и компульсии чрезмерны и неразумны, однако не в силах контролировать их; в меньшем количестве случаев такое понимание большую часть времени отсутствует. Наконец, диагноз *DSM-IV* требует, чтобы это внешне непроизвольное поведение вызывало у человека заметный дистресс, отнимало много времени (больше часа в день) или препятствовало профессиональному или социальному функционированию.

Ниже приведен случай, вполне типичный для тяжелого обсессивно-компульсивного расстройства.

Разбор случая: обсессивное покаяние художника. Марк был одиноким 28-летним мужчиной, страдавшим тяжелыми обсессиями, содержанием которых был страх перед причинением вреда окружающим, включая совершение преступлений. Обсессии сопровождались длительными и чрезмерными проверочными ритуалами. К моменту, когда он оказался в клинике тревожных расстройств, он больше не мог жить один и был вынужден вернуться в родительский дом после нескольких лет самостоятельной жизни, последовавших за окончанием колледжа. Его обсессии насчет причинения вреда другим или признания в преступлениях были настолько тяжелыми, что он буквально стал заложником своей комнаты, покидать которую мог, лишь прихватив с собой диктофон, чтобы располагать записью о каких-либо преступлениях, в которых ему следовало признаться. Клиника находилась в нескольких часах езды от его дома; вести машину обычно приходилось его матери. Однажды, когда машину вел он, у него возникла обсессия, содержание которой сводилось к тому, что он устроил аварию на перекрестке. Марк почувствовал, что обязан вернуться обратно, чтобы в течение нескольких часов объездить и обойти все участки этого перекрестка в поисках доказательств несчастного случая. Он не мог говорить по телефону, боясь признаться в преступлениях, которых не совершал, и по той же причине не мог вести переписку. Будучи один, он также не мог зайти ни в магазин, ни в общественный туалет, потому что боялся написать признание на стене.

Марк был очень способным молодым человеком и имел большой талант художника. Он окончил престижный колледж для людей, интересующихся искусством, и начал успешно строить свою карьеру в качестве художника, когда, как только ему исполнилось 20, у него появились обсессии. Сначала они были сосредоточены на его возможном участии в некоем преступлении, которого он не совершал. Позднее они дошли до стадии, на которой он действительно опасался, что мог совершить преступление и признаться в этом. Проверочные ритуалы и избегание любых мест, где такое признание могло состояться, в конце концов привели его к отказу от карьеры и собственной квартиры, вынудив вернуться в родительский дом.

Распространенность и время возникновения обсессивно-компульсивного расстройства

Хотя прежде считалось, что обсессивно-компульсивное расстройство встречается крайне редко (например, Black, 1974; в рассмотренных исследованиях приводились данные о распространенности заболеваемости — 0,05%), результаты изучения области эпидемиологического охвата говорят о том, что оно встречается гораздо чаще, чем думали в прошлом (см. Antony, Downie & Swinson, 1998). Так, удалось установить, что средняя годовая заболеваемость ОКР в обследованной композитной выборке составила 1,6%, а ее средний показатель распространенности в течение жизни составил 2,5% (Robins & Regier, 1991). Эти цифры аналогичны полученным для других культур, отличных от изучавшихся (Gibbs, 1996). Разведенных (или разделенных) и безработных лиц здесь было представлено больше, чем представителей других групп (Karno et al., 1988), что неудивительно при всех тех трудностях, которые создает указанное расстройство для межличностного и профессионального функционирования. Согласно прошлым отчетам, наблюдалось преобладание ОКР среди женщин. Однако полученные новые данные говорили либо о малых гендерных различиях, либо о полном их отсутствии, делая ОКР в этом отношении весьма отличным от большинства прочих тревожных расстройств. Несмотря на то что обычно данное расстройство начинается в позднем подростковом или раннем зрелом возрасте, оно нередко встречается и у детей, чья симптоматика разительно напоминает взрослую (March & Leonard, 1998; Valeni et al., 1994). Начало заболевания в детстве часто приводит к большей тяжести расстройства в будущем. В большинстве случаев ОКР начинается постепенно, но как только становится серьезным патологическим состоянием, приобретает хроническое течение, однако по ходу времени тяжесть симптоматики обычно колеблется в своей интенсивности (например, Rasmussen & Eisen, 1991).

Характеристики ОКР

Большинство обращающихся за помощью людей с обсессивно-компульсивным расстройством переживает как обсессии, так и компульсии. Несмотря на то что по старым данным 25% из них переживали исключительно обсессивное расстройство без каких-либо компульсивных ритуалов (Rachman & Hodgson, 1980), недавние данные, полученные в ходе исследований, проведенных при разработке *DSM-IV*, показали, что среди лиц, обращающихся за помощью, свыше 90% страдают и обсессиями и компульсиями. Если отнести к компульсивным действиям такие умственные ритуалы, как счет, эта цифра возрастает до 98%. В 90% случаев компульсии рассматриваются как функционально связанные с обсессиями (Riggs & Foa, 1993). Можно, например, предсказать, что человек, чья обсессия состоит в боязни грязи и микробного загрязнения, будет также отправлять ритуалы, состоящие из процедур умывания. Картина, однако, во многом меняется при обращении к эпидемиологическим выборкам, где представлены проживающие в общине люди, которым поставлен соответствующий диагноз, но лечение зачастую не проводится. По данным одного такого исследования, 40% лиц страдали только обсессиями, а 30% — исключительно компульсиями (Weissman et al., 1994; обзор см. в Gibbs, 1996).

Мелкие обсессивные мысли посещали любого из нас: не забыли ли мы, например, запереть дверь или выключить газ. Кроме того, многие из нас выполняют повторяющиеся или стереотипные действия: проверяют, выключен ли газ и заперта ли дверь, переступают через трещины, идя по тротуару. Однако при обсессивно-компульсивном расстройстве мысли бывают гораздо упорнее и неприятнее; индивиду они, как правило, кажутся иррациональными или чрезмерными, а в сочетании с компульсивными действиями значительно нарушают обыденное поведение. Тем не менее исследования показывают, что нормальные и анормальные паттерны обсессивного и компульсивного поведения существуют в континууме, различаясь, главным образом, по частоте и интенсивности обсессий, по степени как неудобств, причиняемых обсессиями и компульсиями, так и оказываемого им сопротивления (Gibbs, 1996; Rachman & Hodgson, 1980; Salkovskis & Kirk, 1997).

Типы обсессивных мыслей

Обсессивные мысли могут сосредоточиваться на многих темах. В последнем обзоре был сделан вывод о том, что для лечебной и нелечебной (эпидемиологической общинной) выборок содержанием обсессий чаще всего являются боязнь загрязнения, боязнь причинить ущерб себе или окружающим и патологические сомнения. К другим достаточно частым темам относятся забота или потребность в поддержании симметрии, сексуальные обсессии и обсессии, связанные с религией или агрессивными действиями. Эти темы широко повторяются как кросс-культурно, так и на протяжении жизненного периода (Gibbs, 1996).

Обсессивные мысли относительно насилия или агрессии могут возникнуть у жены, которая одержима идеей о том, что может отравить мужа, или у дочери, которая все время представляет, как сталкивает мать с лестницы. Несмотря на то что такие обсессивные мысли крайне редко воплощаются в жизнь, они часто становятся источником мучительных терзаний для того, кто их испытывает. Этот паттерн хорошо иллюстрируется классическим случаем, описанным Крэйнсом (Kraines, 1948), в котором женщина «...жаловалась на „чудовищные мысли". Думая о своем бойфренде, она желала, чтобы он умер; когда ее мать спускалась по лестнице, она „хотела, чтобы та упала и сломала шею"; когда ее сестра говорила, что идет на пляж со своей маленькой дочкой, пациентка „надеялась, что обе они утонут". Эти мысли доводили ее до истерики: „Я люблю своих близких. На каком основании я мечтаю о таких жутких вещах? Это приводит меня в неистовство, заставляет думать, будто я сошла с ума или изгой общества; быть может, мне лучше покончить со всем этим, чем продолжать думать такие ужасные вещи о тех, кого я люблю..."» (р. 183).

Типы компульсий

Люди, страдающие ОКР, чувствуют себя вынужденными вновь и вновь выполнять действия, которые часто даже им самим видятся бессмысленными и абсурдными и которых они в известном смысле не хотят выполнять. Эти компульсивные действия в лечебных выборках бывают пяти основных типов: очистка, проверка, повторение, упорядочивание/обустраивание и счет (Antony et al., 1998). Они, как правило, производятся на фоне многочисленных ритуалов, разрабатываемых для себя многими людьми. Для меньшего числа лиц компульсии состоят в выполне-

нии тех или иных обыденных действий, таких как крайне медленные прием пищи или одевание — первичная обсессивная медлительность. Тогда как для других компульсии сводятся к постоянному «выравниванию» различных вещей или приведению их к симметрии (Rasmussen & Eisen, 1991). Ритуалы, связанные с умыванием, варьируют от сравнительно мягкого ритуалоподобного поведения, такого как 15–20-минутное мытье рук в ванной, до крайних ситуаций, когда руки часами, ежедневно моются дезинфицирующими растворами до тех пор, пока они не начинают кровоточить. В случайных выборках ритуалы, связанные с мытьем, встречаются гораздо реже, чем в выборках пациентов. Проверочные ритуалы также варьируют от сравнительно мягких, таких как двукратные и трехкратные проверки перед выходом из дома, погашен ли свет, выключены ли электроприборы и заперты ли замки, до крайних случаев, когда индивид едет обратно к перекрестку, чтобы проверить, не сбил ли он пешехода, и тратит часы на поиски признаков воображаемого несчастного случая, что во многом похоже на действия Марка. Ритуалы очистки и проверки часто выполняются определенное число раз и, следовательно, требуют счета. Компульсивные ритуалы иногда бывают завуалированными или когнитивными по своей природе, сводясь к чувствам и мыслям (табл. 5.4).

Выполнение компульсивного действия или ритуальной последовательности действий обычно приносит чувство удовлетворения и снижения напряжения (Rachman & Hodgson, 1980; Salkovskis & Kirk, 1997).

Сосуществующие позывы

При существующем разнообразии содержания как обсессивных, так и компульсивных ритуалов значительное внимание было уделено вопросу, является ли ОКР однородным расстройством или представляет собой несколько разных расстройств. Например, часто делается различие между «чистильщиками» и «проверяльщиками», в рамках которого первые страдают обсессиями относительно загрязнения, сопровождающиеся очистительными ритуалами, а у вторых эти обсессии связаны с причинением вреда окружающим, приводя к проверочным ритуалам. Однако подобное разграничение порождает проблемы, когда фиксируется, что многие люди, страдающие ОКР, отправляют и очистительные и проверочные ритуалы, которые могут попеременно преобладать в различное время (Gibbs, 1996; Rapoport, 1989). Более того, в ряде исследований, где всевозможные подгруппы сравнивались по большому числу демографических переменных и клинических признаков, было найдено между ними очень мало различий. Таким образом, данное расстройство представляется более гомогенным, чем представлялось в связи с наличием многих форм, в которых оно выражается (Rasmussen & Eisen, 1991). Определенные факторы совпадают почти во всех клинических вариантах: 1) тревога является аффективным симптомом (за исключением первичной обсессивной медлительности); 2) почти все люди, пораженные ОКР, боятся, что по их вине либо с ними самими, либо с окружающими произойдет нечто ужасное, и 3) как правило, компульсии снижают тревогу хотя бы на короткий срок.

Еще одним общим моментом, присутствующим в различных случаях обсессивно-компульсивного расстройства, является его определение в качестве болезни «что, если» (Rasmussen & Eisen, 1991). Большинство клиентов с обсессивно-ком-

пульсивным расстройством постоянно беспокоятся из-за возможности какого-то ужасного события. «Если существует один шанс на миллион, что случится нечто ужасное, они каким-то образом убеждают себя в том, что это произойдет именно с ними...[например]: „Того самого факта, что принципиально возможно, чтобы я зарезала своего младенца или отравила моего ребенка, каким бы невероятным это ни казалось, достаточно, чтобы ужаснуть меня настолько, что я не могу подумать ни о чем другом, как бы ни пыталась"» (Rasmussen & Eisen, 1991, p. 37). Эта тенденция к нереалистичной оценке имеющегося риска представляется очень важной особенностью ОКР.

Таблица 5.4

Когнитивные и двигательные поведенческие паттерны при обсессивно-компульсивном расстройстве

	Симптомы	Примеры
Когнитивные	**Обсессии.** Рекуррентные, стойкие идеи, мысли, образы или импульсы, непроизвольно возникающие в сознании	Человека преследуют идеи насчет загрязнения, ужасов, вины; настойчивые позывы убить, напасть, травмировать, покаяться или украсть
	Руминации (умственная жвачка). Вынужденная погруженность в мысли на определенную тему, связанные с раздумьями, сомнениями и безрезультатными умозрительными построениями	Человек проводит по нескольку часов в день в тревожном предчувствии того, что бывшая любовница может попытаться восстановить связь
	Когнитивные ритуалы. Проработанные серии умственных актов, которые клиент ощущает себя вынужденным осуществить. Прекращение зависит от надлежащего выполнения	Перед сном клиент чувствует, что обязан мысленно повторить длинную череду молитв, заученных в детстве
Двигательные	**Компульсивные двигательные ритуалы.** Проработанные, зачастую отнимающие много времени действия, часто связанные с обыденными функциями, такими как прием пищи, посещение туалета, приведение себя в порядок, одевание и сексуальная деятельность	Пациент постоянно моет руки (иногда до 400 и более раз в день), предается компульсивному счету (например, прохожих) или «проверяет» те или иные объекты
	Компульсивное избегание. Замещающие действия, предпринимаемые взамен надлежащего поведения, которое возбуждает тревогу	Накануне экзамена студент предается развлечениям, которые не оставляют ему времени на занятия

Коморбидность с другими расстройствами

Как и всем тревожным расстройствам, обсессивно-компульсивному расстройству часто сопутствуют другие тревожные расстройства и расстройства настроения. Это особенно относится к депрессии, данные о которой дают основание утверждать, что на каком-то этапе жизни большое депрессивное расстройство может развиться у 67% лиц, страдающих ОКР (Gibbs, 1996). В силу хронического и изнурительного характера этого расстройства неудивительно, что у многих депрессия развивается хотя бы отчасти как реакция на ОКР.

К тревожным расстройствам, с которыми чаще всего сочетается ОКР, относятся социальная фобия, паническое расстройство и специфическая фобия (например, Antony et al., 1998). Самыми частыми личностными расстройствами (см. главу 9) у людей с ОКР являются зависимое и избегающее. Так, Баер и коллеги (Baer et al., 1992) обнаружили, что около 25% из 55 клиентов с ОКР удовлетворяли критериям либо избегающего, либо зависимого личностного расстройства, а у некоторых присутствовало и то и другое (Summerfeldt, Huta & Swinson, 1998).

Другое расстройство, тщательное изучение которого осуществлялось лишь в последнее десятилетие, — **дисморфофобическое расстройство тела (ДРТ)** — также часто сопутствует ОКР (в одном из исследований обнаружено, что параллельно им фактически страдает 12% пациентов с ОКР), и большинство специалистов, занимающихся данным вопросом, считают близко родственным последнему (например, Phillips, 1996; Simeon et al., 1995). Обсуждение дисморфофобического расстройства тела см. в справке 5.3.

Психосоциальные причинные факторы

Психоаналитическая точка зрения

До недавнего времени господствующими теориями в осмыслении причин обсессивно-компульсивного расстройства были психоаналитическое и поведенческое воззрения. Согласно психоаналитической теории Фрейда, человеку, страдающему ОКР, не удалось справиться с инстинктивными конфликтами эдиповой стадии, так что он либо не продвинулся вперед, оставшись на ней, либо регрессировал к более ранней стадии психосексуального развития. Таким образом, считается, что такой человек зафиксирован на анальной стадии развития (соответствующей приблизительно 2-летнему возрасту), на которой, как полагают, дети извлекают чувственное наслаждение из акта дефекации, являющегося как физическим облегчением, так и творческим актом («Мама, посмотри, что я сделал!»). Это также то время, когда родители часто стараются обучить детей туалету, что подразумевает научение контролю и отсрочке удовлетворения этих потребностей. Если родители слишком строги и вынуждают ребенка, стоит тому запачкаться, почувствовать себя грязным и скверным, они могут поселить в нем ярость, равно как и чувство вины и стыда по отношению к этим позывам. В соответствии с данной теорией напряженный конфликт, который может развиться между импульсами ид, требующими свободы, и требованиями эго соблюдать контроль и воздержание, ведет к развитию защитных механизмов, которые в итоге могут породить обсессивно-компульсивную симптоматику.

Считается, что в описываемом процессе участвуют четыре основных механизма защиты: 1) изоляция, 2) замещение, 3) формирование реакции и 4) аннулирование (Nemiah, 1975; Sturgis, 1993). В случае *изоляции* разрываются связи между

СПРАВКА 5.3. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

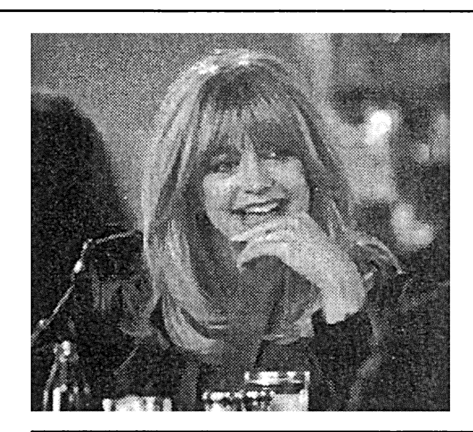
Дисморфофобическое расстройство тела

Клиническая картина. В *DSM-IV* дисморфофобическое расстройство тела (ДРТ) официально классифицировано как соматоформное расстройство, но большинство исследователей считает его более близким к ОКР, часто называя его расстройством ОКР-спектра. Катрин Филлипс (Phillips, 1996) досконально описала это состояние в книге «Разбитое зеркало: осмысление и лечение дисморфофобического расстройства тела» (*Broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*), которая была написана для людей, страдающих этим расстройством, а также для членов их семей и клиницистов. Люди с ДРТ одержимы неким мнимым изъяном или изъянами в своей внешности. Они могут фокусироваться почти на любой части тела: у них (якобы) может поблекнуть кожа, у них слишком маленькая грудь, у них слишком худое (или слишком полное) лицо или же оно испещрено кровеносными сосудами, из-за чего кажется людям отталкивающим. К самым распространенным местам нахождения мнимых дефектов относятся кожа (65%), волосы (50%), нос (38%), глаза (20%), ноги/колени (18%), подбородок/нижняя челюсть (13%), груди/грудная клетка/соски (12%), живот/талия (11%), губы (11%), телосложение (11%), размер/форма лица (10%) (Phillips, 1996). Это не та обычная забота о собственной внешности, которая свойственна всем нам; эти тревоги принимают гораздо более серьезные формы, во многих случаях приводя к полной поглощенности ими и глубоко болезненным эмоциям. Многие страдающие ДРТ, например, боятся ходить на свидания и вечеринки, потому что не хотят, чтобы люди увидели их мнимые дефекты. В тяжелых случаях они могут настолько изолироваться от общества, что запираются дома и никогда никуда не выходят. В большинстве случаев окружающие не видят в человеке с ДРТ никаких дефектов, а если и видят, то всего лишь мелкие, укладывающиеся в нормальные рамки.

Как правило, страдающие ДРТ регулярно посещают приемные дерматологов и хирургов. Проницательный врач не станет назначать требуемые процедуры и вместо этого направит такого клиента к психологу или психиатру. Однако слишком часто бывает, что пациент получает то, о чем просит, и, к несчастью, почти никогда не удовлетворяется результатом. Некоторые пациенты претерпевают повторные операции или ненужные дерматологические процедуры.

Другим частым признаком ДРТ служит то, что люди с этим нарушением часто ищут утешения у родных и друзей по поводу своего дефекта, но утешения почти никогда не дают им ничего, кроме очень непродолжительного облегчения. И если 20 человек говорят им, что они выглядят прекрасно, но кто-то один признает за ними некий мелкий дефект, то они фиксируют свое внимание именно на этом последнем замечании. Кроме того, такие люди часто стремятся утешиться тем, что бессчетное число раз на дню рассматривают себя в зеркале. Иногда им кажется, что их мнимый дефект не такой уж и страшный, из чего следует, что они, когда смотрятся в зеркало, по сути, катаются на своего рода эмоциональных «русских горках». Они также часто сравнивают отдельные части своего тела с таковыми у других людей и очень тщательно рассматривают окружающих. Нередко они стараются замаскировать свой мнимый дефект при помощи одежды, косметики или принимая необычные позы. Им также очень свойственно наводить на себя лоск (часами, например, укладывать волосы или накладывать косметику).

Отношение к ОКР. В настоящее время сходство ДРТ с ОКР становится совершенно очевидным. Как и людям, страдающим ОКР, индивидам с ДРТ свойственны выраженные обсессии, они совершают разнообразные ритуалоподобные действия, такие как поиски успокоения, проверки перед зеркалом, сравнения себя с другими людьми, камуфляж. Однако данные исследований говорят не только о сходстве симптоматики, но и о взаимоналожении причин. Например, те же методы лечения, что применяются в случаях ОКР, являются эффек-





Люди с дисморфофобическим расстройством тела часто обращаются к услугам пластической хирургии, желая исправить то, что им кажется серьезными дефектами внешности. На снимке изображена актриса Голди Хоун, играющая в фильме «Клуб первых жен» (*First wives club*) женщину, которая недовольна своими губами и хочет, чтобы они стали полнее. Она сделала пластическую операцию и все-таки недовольна результатом, что типично для индивидов с дисморфофобическим расстройством тела, перенесших подобные операции.

тивными средствами и при лечении ДРТ. Если говорить о медикаментозных препаратах, то понятно, что наиболее успешными в применении здесь оказываются лекарства, влияющие на серотонин (кломипрамин и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина). Если речь идет о поведенческой терапии, то действеннее всего оказывается лечение представлением и предотвращением реакции (см. справку 5.4) (Phillips, 1996).

Почему сейчас? Очевидно, что ДРТ существовало веками, если не всегда. Почему же так получилось, что в научной литературе оно стало рассматриваться лишь в самое последнее время? Скорее всего, оно оставалось без внимания по той причине, что большинство людей, страдающих этим нарушением, никогда не обращаются за психологической или психиатрической помощью. Они предпочитают страдать молча или идут к дерматологам и пластическим хирургам (Phillips, 1996). Причиной такой секретности и стыда становится боязнь показаться легкомысленными, глупыми или самовлюбленными, а также того, что упоминанием мнимого дефекта можно обратить на него внимание окружающих, которые больше сфокусируются на нем.

Причина, по которой в настоящее время больше людей обращаются за помощью, отчасти состоит в том, что за последнее десятилетие этому расстройству уделялось повышенное внимание в средствах массовой информации, включая обсуждение его в ежедневных ток-шоу, где оно иногда называлось «расстройством воображаемого дефекта». Филлипс с коллегами установили, что это расстройство не редкость и охватывает, по всей вероятности, от 1 до 2% от общего населения, вплоть до 8% людей, страдающих депрессией, и до 12% людей, обращающихся за амбулаторной психологической помощью. У женщин оно встречается лишь ненамного чаще, чем у мужчин. Оно обычно сочетается либо с расстройством настроения, либо с социальной фобией, либо с обсессивно-компульсивным расстройством (Veale et al., 1996). К данному расстройству приковывается все большее внимание, и остается надеяться, что стыд и секретность, нередко его окружающие, пройдут, и за лечением будет обращаться больше людей, им страдающих.

обычно сопряженными нечестивой мыслью и чувством. Поэтому человек может думать о насилии, не испытывая гнева, изолируя себя от аффекта, связанного с неприятной ситуацией. При *замещении* человек подменяет одну мысль или действие другими, не столь пугающими или угрожающими. При *формировании реакции* человек думает и поступает в противовес своим подлинным импульсам. Например, женщина, одолеваемая обсессивными мыслями о причинении вреда своим детям, может превратиться в «наседку». Наконец, в случае *аннулирования* человек старается получить прощение за некую воображаемую провинность при помощи какого-то магического компульсивного поведения. Например, индивид, питающий богохульные мысли, может усиленно молиться и совершать очистительные ритуалы (см. Sturgis, 1993). К сожалению, ни одна из основных доктрин этой теории ни разу не подтверждалась эмпирическими исследованиями, а вытекающее из нее лечение ОКР оказалось неэффективным.

Поведенческая точка зрения

Господствующее поведенческое воззрение на обсессивно-компульсивное расстройство происходит от двухпроцессной теории научения избеганию О. Х. Моурера (Mowrer, 1947). Согласно этой теории, нейтральный стимул через процесс классического обусловливания начинает ассоциироваться с неприятным стимулом и вызывает тревогу. Например, прикосновение к дверной ручке или рукопожатие может объединиться с «ужасной» мыслью о микробном загрязнении. После установления такой связи человек может открыть, что тревогу, вызываемую рукопожатием или прикосновением к дверной ручке, можно снизить при помощи такого действия, как мытье рук. Благодаря упорному мытью рук тревога снижается, реакция, выразившаяся в мытье, подкрепляется, повышая вероятность повторения в будущем, когда тревога по поводу загрязнения проявится в других ситуациях (Rachman & Shafran, 1998). Единожды выученные, избегающие реакции становятся крайне устойчивыми к угашению (Mineka & Zinbarg, 1996; Salkovskis & Kirk, 1997).

Эти идеи подтверждены в ряде классических экспериментов, поставленных Рахманом и Ходжсоном (Rachman & Hodgson, 1980). Они обнаружили, что у большинства клиентов с ОКР представление их ситуации, которая провоцировала обсессии (например, прикосновение к дверной ручке или стульчаку людьми, чьей обсессией является боязнь загрязнения), действительно порождало дистресс, который длился в течение умеренного периода времени, после чего постепенно рассеивался. Однако если пациенту разрешали выполнить компульсивный ритуал непосредственно после провокации, то его общая тревога снижалась, как правило, довольно резко. Следовательно, данная модель предполагает, что представление устрашающих объектов или ситуаций окажется полезным при лечении ОКР в случае, когда такое представление будет сопровождаться предотвращением ритуала, что позволит пациенту увидеть, как его тревога через некоторое время исчезнет естественным образом (см. также Rachman & Shafran, 1998). Именно на этом основывается наиболее эффективная форма поведенческой терапии при ОКР (см. ниже, а также справку 5.4).

Таким образом, поведенческая модель оказалась очень полезной в отношении того, что мы стали лучше понимать, какие факторы могут поддерживать обсессивно-компульсивное поведение, и помогла нам выработать эффективную форму ле-

чения. Однако этой модели не удалось объяснить, почему у людей с ОКР в первую очередь развиваются именно обсессии и почему пациенты столь неадекватным образом оценивают возможный риск.

ОКР и подготовленность

Аналогично тому, как обусловливающее воззрение на фобии было оживлено добавлением понятия подготовленности, которое помещает фобии в эволюционный контекст, предполагая, что страхи могли носить адаптивный характер для наших далеких предков, улучшилось и наше понимание обсессивно-компульсивного поведения при взгляде на него в эволюционном контексте. Так, коллективом исследователей было обнаружено, что понятие подготовленности в его применении к фобиям оказалось имеющим отношение и к неслучайному распределению обсессивных мыслей и компульсивных ритуалов (De Salva, Rachman & Seligman, 1977). Например, мысли о грязи и загрязнении, связанные с компульсивным умыванием, распространены настолько широко, что их возникновение кажется неслучайным. Исследователи разработали систему оценки для «подготовленности» различного рода объектов или ситуаций, опирающуюся на показатели уровня возможной опасности, которую они составили для людей дотехнологической эпохи. Оценки подготовленности в отношении компульсивных действий опирались на соображения о том, что эти действия достаточно надежно защищали доисторических людей от опасности. Данные оценки были применены к содержанию обсессий, компульсий и фобий для 82 случаев ОКР и 69 случаев фобии. Содержание огромного большинства фобий и обсессий было оценено как высоко подготовленное, и то же самое относилось к оценке большинства компульсивных паттернов поведения (таких, как смывание животных экскрементов или постоянные проверки очагов воспламенения). В целом представляется, что человеческие обсессии, касающиеся грязи, загрязнения и некоторых других потенциально опасных ситуаций, возникли не на пустом месте, а имеют глубокие эволюционные корни (Mineka & Zinbarg, 1996).

Кроме того, некоторые теоретики утверждали, что замещающие действия, которым многие животные особи предаются в ситуациях конфликта или сильного возбуждения, имеют значительное сходство с компульсивными ритуалами, очевидными при обессивно-компульсивном расстройстве (Holland, 1974; Mineka, 1985a; Mineka & Zinbarg, 1996; Winslow & Insel, 1991). Замещающие действия часто принимают вид груминга: ухода за собой, прихорашивания (как бывает, когда птица чистит свои перышки) или обустройства гнезда в условиях серьезного конфликта или фрустрации. Такое поведение, следовательно, может быть соотнесено с приведением себя в порядок (как при мытье рук) или уборкой — ритуалами у лиц с обсессивно-компульсивным расстройством, которые часто провоцируются тревогой, дискомфортом или дистрессом, вызываемыми обсессивными мыслями или образами.

Роль памяти

Рассматривалась и роль когнитивных факторов в обсессивно-компульсивном расстройстве. Шер, Фрост и Отис (Sher, Frost & Otis, 1983; см. также Sher et al., 1989), например, продемонстрировали, что люди, у которых существует потребность заниматься компульсивными проверками, плохо помнят о своих поведенческих действиях, говоря себе: «Проверяла я, выключена ли плита, или нет?» Легко заклю-

чить, что плохая память на собственные действия способствует повторяемости проверочных ритуалов. В последнее время поступает все больше данных в пользу того, что люди с ОКР действительно страдают нарушениям невербальной, но не вербальной памяти (Trivedi, 1996). Они также плохо уверены в возможностях своей памяти (Gibbs, 1996; Trivedi, 1996).

Результаты попыток подавить обсессивные мысли

В настоящее время показано, что нормальные люди, пытаясь подавить нежелательные мысли (например: «Не думать о белых медведях»), неожиданно для себя обнаруживают, что впоследствии эти мысли посещают их все настойчивее и настойчивее (Wegner, 1994). Более того, в двух других исследованиях с участием нормальных субъектов было показано, что подавление мысли при негативном настроении

СПРАВКА 5.4

Представление и предотвращение реакции

Стикти и Фоа (Steketee & Foa, 1985) представили следующий случай в качестве иллюстрации рекомендуемого ими подхода к лечению обсессивно-компульсивных расстройств. У пациентки, 26-летней замужней женщины, медсестры, были настолько серьезные проблемы с чистоплотностью, что они не позволяли ей выполнять свои должностные обязанности. При первичном осмотре она пребывала в состоянии ажитации и дистресса, будучи не в силах преодолеть настойчивую потребность как минимум дважды в день принимать 45-минутный душ и, кроме того, по 20 раз в день мыть руки в течение не менее 5 минут. Кроме того, она постоянно протирала спиртом различные предметы обихода. При расспросе выяснилось, что она испытывала подлинный ужас при мысли о «загрязнении» птичьими, животными или человеческими фекалиями, чего старалась избегать ценой огромных усилий. Также она не выносила вида кухонных отбросов и мертвых животных. Предыдущее лечение систематической десенсибилизацией, транквилизаторами и «когнитивным переструктурированием» оказалось неэффективным. Из-за патологической чистоплотности ее семейная жизнь оказалась под угрозой.

Лечение представлением. Терапевт с пациенткой поработали над построением иерархии неприятных стимулов, градуируя их по шкале от 1 до 100 баллов в соответствии со способностью вызывать отвращение и позыв мыться. Например, пациентка оценила числом 100 прикосновение к собачьим экскрементам (при невозможности сразу же вымыть руки), 90 – к автомобильным покрышкам (на которых могли остаться следы от сбитых животных), а 40 – к наружной дверной ручке в общественном туалете (внутренняя оценивалась как 80). Впоследствии, на протяжении трех лечебных сессий еженедельно, Джун были даны инструкции целенаправленно подвергаться воздействию этих стимулов либо в управляемых фантазиях (*in vitro*), либо непосредственно (*in vivo*), начиная с тех, что занимали в иерархии сравнительно низкое положение, и постепенно продвигаясь к более грозным.

Помимо представлений, выполнявшихся в ходе терапевтических сессий, Джун давали много «домашних заданий». Во время этих соприкосновений с неприятными вещами проводился тщательный мониторинг субъективной оценки дискомфорта. Однажды, когда лечение уже значительно продвинулось, терапевт поехал с пациенткой в то место, где на обочине она видела дохлую кошку, и настоял, чтобы пациентка приблизилась к «зловонному» телу и дотронулась до него палкой. Палку и голыш, валявшийся рядом, вручили пациентке с инструк-

устанавливало связь между мыслью и негативным настроением. Впоследствии, когда негативное настроение возникало вновь, мысль припоминалась легче, и в то же время, когда припоминалась мысль, возвращалось и негативное настроение (Wenzlaff, Wegner & Klein, 1991). Исследователи сделали вывод, что если люди стараются о чем-то не думать, «они непредумышленно привязывают эту мысль к своему настроению так, что каждый из компонентов впоследствии может обеспечить восстановление другого» (р. 507).

На основании данных Рахмана о том, что люди с нормальными и анормальными обсессиями различаются в первую очередь по степени сопротивления своим мыслям и нахождения их неприемлемыми, можно предположить, что главным фактором, способствующим частому возникновению обсессивных мыслей и негативному настроению, является попытка подавить их, парадоксальным образом,

цией носить их в кармане и часто в течение дня к ним прикасаться. Кроме того, пациентке велели проезжать мимо этого места в последующие дни, когда она была за рулем.

Терапевт приходил «с визитами» к ней на дом, чтобы и там провоцировать пациентку к соприкосновению с беспокоившими ее предметами, дотрагиваться до загрязненных вещей и мест (например, до балконных перил, испачканных голубем), а также пачкать чистые (касаясь их немытыми руками). Систематическое представление продолжалось до тех пор, пока пациентка не научилась легко справляться с конкретным объектом, а уровень ее дискомфорта снижался при этом до 40–50 баллов.

Предотвращение реакции. На четвертой сессии, заручившись обязательством Джун подвергнуться полноценной лечебной процедуре (суть которой ей объяснили заранее), терапевт ввел правило не мыться вообще. А именно: пациентка не должна была мыться на протяжении пяти дней, после чего могла принять 10-минутный душ, вслед за которым вновь не должна была мыться в течение пяти дней. Как и предвиделось, Джун была заметно расстроена этим режимом и сильно сомневалась, что сумеет его выдержать. Терапевт держался ободряюще, но настойчиво, обещая свою поддержку в трудную минуту, и пациентке удалось укротить свои частые позывы к умыванию. Незадолго до конца запланированной 15-сессионной терапии был осуществлен переход к режиму «нормальных чистяще-моющих действий». План состоял в том, чтобы принимать душ один раз в день, а руки мыть – не чаще шести: перед едой, после туалета и после прикосновения к заведомо грязным или испачканным предметам.

Поскольку дискомфорт, который испытывала Джун, все еще оставался несколько повышенным (максимум 70 баллов, но лишь ненадолго), после 15 плановых сессий провели еще несколько дополнительных – контрольных. При оценке через девять месяцев от начала лечения Джун охарактеризовала свое состояние как «явно и намного улучшившееся... может быть, процентов на 80». Она призналась, что у нее все еще бывают обсессии «один раз в неделю или две» (такие, как «сбить кого-нибудь, будучи за рулем»), но теперь она уже приступила к работе, а отношения с мужем значительно улучшились. Она чувствовала, что живет «нормальной жизнью».

Как указали Стикти и Фоа, обсессивно-компульсивные расстройства редко проходят полностью; даже у благополучно пролеченного пациента обычно остаются какие-то резидуальные обсессивные проблемы или ритуалы, как это было в случае Джун. Проведенное в данной ситуации лечение было, как мы можем видеть, прямым, последовательным и опиралось на поведенческие формулировки. Оно оказалось терапией выбора.

напротив, их учащающая. Например, в одном исследовании нормальным людям предложили описать какую-нибудь негативную неотступную мысль, которая докучала им в недавнее время. Когда их попросили подавлять эту мысль на протяжении 4 следующих дней, они вспоминали ее в 2 раза чаще, чем те, кому просто сказали записывать мысль всякий раз, как она появится (Trinder & Salkovskis, 1994). Сверх того, те, кого проинструктировали подавлять мысль, описывали ее как более неприятную. В дополнение к этому, когда клиентов с ОКР попросили записывать навязчивые мысли в дневник как в дни, когда им предлагали подавлять их, так и в дни, когда подобные инструкции не давались, происходило следующее. В моменты, когда клиенты пытались подавлять навязчивые мысли, они записывали их приблизительно в два раза больше (Salkovskis & Kirk, 1997). Это перекликается с ранее рассмотренной идеей о парадоксальных эффектах, которые развиваются у людей с генерализованным тревожным расстройством: когда те пытаются установить над своим беспокойством контроль, эта попытка способна привести к усилению интрузивных мыслей.

Биологические причинные факторы

В последние 20 лет отмечался бурный рост исследований, направленных на поиск возможной биологической основы обсессивно-компульсивного расстройства. В некоторых трудах предпринимались попытки установления генетических причин расстройства. В других пытались выявить структурные аномалии головного мозга, связанные с ОКР; в третьих — искали аномалии нейротрансмиттерных систем, связанные с ОКР. Накопленные данные всех перечисленных исследований позволяют говорить о том, что биологические причинные факторы участвуют в развитии ОКР, быть может, чаще, чем в любых иных тревожных расстройствах.

Генетические влияния

Генетические исследования включали в себя как близнецовые, так и генеалогические. Близнецовые исследования показали умеренно высокий уровень конкордантности для монозиготных близнецов и меньший — для дизиготных. Последним обзором, включавшим 14 опубликованных работ, были охвачены в целом 80 пар монозиготных близнецов, 54 из которых были конкордантны по диагнозу ОКР, и 29 пар дизиготных близнецов, среди которых конкордантых было 9. Это соответствует умеренной генетической наследуемости (Billett, Richter & Kennedy, 1988). В большинстве генеалогических исследований также была найдена значительно большая частота ОКР у прямых ближайших родственников клиентов с ОКР, чем можно было бы ждать, исходя из современных данных о распространенности ОКР, согласно которым диагностируемое ОКР встречается примерно у 10% ближайших родственников (Pauls et al., 1995). И в близнецовых, и в генеалогических исследованиях показатели генетической заинтересованности возрастают при включении в исследование членов семьи или близнецов, обнаруживающих некоторую обсессивно-компульсивную симптоматику (но не развернутое ОКР) (Pauls et al., 1995). Наконец, есть также абсолютно убедительное доказательство генетической вовлеченности в некоторых формах ОКР в случае, когда ОКР связано с синдромом Туретта — расстройством, характеризующимся хроническими моторными и вокальными тиками, в отношении которого высказывается предположение, что оно

имеет генетическую природу (см. главу 13). Например, в одном исследовании было обнаружено, что диагностируемое ОКР имелось у 23% прямых ближайших родственников клиентов с синдромом Туретта (Pauls et al., 1986, 1991). Более того, было обнаружено, что примерно 5% прямых родственников лиц с ОКР страдали синдромом Туретта или иным хроническим тиком, тогда как если речь шла о родственниках нормальных лиц из контрольной группы, синдром Туретта или иные хронические тики отмечались у 1% из таковых (Pauls et al., 1995). В целом представляется, что в отношении ОКР существует, наверное, умеренная генетическая вовлеченность, хотя это может быть довольно неспецифическая «невротическая» предрасположенность (Black et al., 1992; MacKinnon & Foley, 1996). Однако прежде чем точный характер этого участия будет полностью понят, потребуются новые исследования с применением новых генетических методологий.

Аномалии мозгового функционирования

На протяжении последних 15 лет у клиентов с ОКР активно пытались выявить и структурные аномалии головного мозга, но результаты семи крупных исследований не выявили стойкого паттерна таких аномалий (Brody & Baxter, 1996; Cottraux & Gerard, 1998; Trivedi, 1996). В дополнение к сказанному важно отметить, что после того, как был достигнут серьезный прогресс в техниках, используемых для изучения *функционирования* мозговых структур, предпринимались попытки определения, наблюдаются ли некоторые отклонения в работе мозговых структур даже при отсутствии в них заметных аномалий. Данные, полученные в ходе как минимум шести позитронно-эмиссионных томографических исследований, показали у клиентов с ОКР анормально высокий уровень метаболической активности в орбитальной префронтальной коре, хвостатом ядре и *поясной извилине* (обзоры см. в Brody & Baxter, 1996; Cottraux & Gerard, 1998; Trivedi, 1996). По данным некоторых из этих исследований, определенная нормализация хотя бы отдельных из перечисленных аномалий наступает при успешном лечении либо медикаментозными средствами, либо при помощи поведенческой терапии (Brody & Baxter, 1996; Cottraux & Gerard, 1998; Trivedi, 1996). Существуют данные, которые позволяют говорить об аномалиях в функционировании базальных ганглиев (Cottraux & Gerard, 1998; Insel, 1992; Trivedi, 1996), хотя нельзя исключить, что это справедливо лишь в отношении группы клиентов, страдающих ОКР (Piggot et al., 1996).

До сих пор до конца неясно, каким именно образом все мозговые структуры вовлечены в патологический процесс, хотя в настоящее время проверяется несколько различных теорий. Например, Бакстер с коллегами (Baxter et al., 1991) предположили, что в основе ОКР может лежать первичная дисфункция области мозга, называемой *стриатум (полосатое тело)*, которая участвует в подготовке надлежащих поведенческих реакций. Далее авторы приводят данные, согласно которым в случае, когда эта область не функционирует должным образом, могут развиться неблагоприятные поведенческие реакции, включая повторяющиеся действия, характерные для ОКР. Они выдвигают гипотезу, согласно которой при ОКР имеет место дисфункциональное взаимодействие области полосатого тела с определенными участками коры, приводящее к аномальной активизации высших областей мозга. Это вызывает ощущения, мысли и паттерны поведения, которые в нормальном состоянии тормозятся (как если бы стриатум функционировал

исправно), что не происходит у клиентов с ОКР. В случае наличия ОКР позывы к агрессии, сексу, соблюдению гигиены и мер безопасности («обслуживающий персонал обсессий», р. 116), которые большинство людей удерживает под контролем, с относительной легкостью «просачиваются» в виде обсессий и отвлекают пациента от обычного целенаправленного поведения. Это, в свою очередь, вынуждает кору к «копингу» через использование таких механизмов, как компульсивные ритуалы в целях притупления беспокойства, возбужденного обсессивными мыслями (Baxter et al., 1991, 1992; Brody & Baxter, 1996; Trivedi, 1996).

Роль серотонина

Фармакологические изыскания для установления причин обсессивно-компульсивного расстройства интенсифицировались с открытием того факта, что препарат, называемый «анафранилом» (кломипрамин), часто оказывается эффективным при лечении обсессивно-компульсивного расстройства. Несмотря на то что впервые полезность препарата для лечения ОКР была установлена в конце 1960-х годов, до 1980-х годов не проводилось двойных слепых испытаний под контролем плацебо, которые могли бы надежно подтвердить и зафиксировать его эффективность (см. DeVaugh-Geiss, 1991). Кломипрамин близко родственен другим трициклическим антидепрессантам (см. главу 6), но эффективнее при лечении ОКР (Murphy et al., 1996). Представляется очень вероятным, что кломипрамин эффективнее, чем другие трициклические антидепрессанты при лечении ОКР по причине оказания более выраженного воздействия на нейротрансмиттер серотонин, который в настоящее время прочно связывают с данным нарушением. Это согласуется и с тем фактом, что равно пригодными к лечению ОКР оказалось и несколько других препаратов-антидепрессантов, таких как флуоксетин (прозак), которые тоже способны сравнительно избирательно воздействовать на ОКР (Dolberg et al., 1996; Koran et al., 1996; Murphy et al., 1996). Действительно, ОКР значительно отличается от прочих тревожных расстройств и расстройств настроения тем, что оно отчетливее других демонстрирует предпочтительную реакцию на препараты, влияющие на серотонин. Что касается иных расстройств, то они реагируют на более широкий спектр препаратов (Dolberg et al., 1996a, 1996b; Murphy et al., 1996).

Точный характер дисфункции в серотонинэргических системах при ОКР до сих пор не ясен (см. Gross, Sasson, Chopra & Zohar, 1998; Murphy et al., 1996). Известно, что кломипрамин, подобно прозаку, ингибирует обратный захват серотонина после высвобождения последнего в синаптическую щель. На этом основании можно предположить, что он действует через повышение доступности серотонина, из чего, в свою очередь, делается предположение, что отличительным признаком ОКР служит недостаточность концентрации серотонина. К сожалению, однако, дело еще гораздо больше осложняется тем, что, как известно из ряда работ, введение препарата, являющегося агонистом серотонина (вызывающим его высвобождение), приводит к усугублению обсессивно-компульсивной симптоматики (Dolberg et al., 1996a, 1996b; Murphy et al., 1996), из чего следует, что ОКР может характеризоваться избыточно высокими уровнями серотонина. Сложная картина, вытекающая из вышесказанного, показывает, что симптоматика ОКР, возможно, связана с повышенной серотониновой активностью и пониженной чувствительностью к серото-

нину определенных структур головного мозга. С этой точки зрения длительный прием кломипрамина или прозака нарушает регуляцию функций определенных серотониновых рецепторов (Dolberg et al., 1996a, 1996b). Это означает, что, несмотря на то что сиюминутным эффектом кломипрамина или прозака может быть повышение уровня серотонина, долговременные эффекты оказываются совершенно иными. Такое утверждение согласуется с данными о том, что эти препараты следует принимать как минимум 6–12 недель, прежде чем наступит значительное улучшение в симптоматике ОКР (Dolberg et al., 1996a, 1996b; Liebowitz & Hollander, 1991). Однако становится ясным и то, что самой по себе дисфункцией серотонинэргических систем не удается полностью объяснить это сложное расстройство. Наиболее вероятно, что в патологический процесс вовлечены и другие нейротрансмиттерные системы, а также функциональные аномалии в определенных структурах головного мозга (Hollander et al., 1992).

Итак, в настоящее время имеется солидный набор данных, свидетельствующих об участии в ОКР биологических причинных факторов. Эти данные получены в ходе генетических исследований, изучения функционирования мозговых структур и психофармакологических изысканий. Несмотря на то что точный характер этих факторов и их взаимосвязь остаются пока непознанными, в этом направлении ведется большая исследовательская работа, которая в следующем десятилетии, безусловно, улучшит наше понимание этого очень серьезного и разрушительного расстройства.

Лечение обсессивно-компульсивных расстройств

Как сообщалось в разделе, посвященном биологическим причинным факторам, исследования, проведенные в начале 1980-х годов, показали, что медикаментозные препараты, воздействующие на нейротрансмиттер серотонин, на сегодняшний день, вероятно, единственный известный класс лекарств, приносящй достаточно хорошие результаты в лечении людей, которые страдают ОКР. Оказывается, что данные селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (такие, как кломипрамин, он же анафранил, и флуоксетин, он же прозак) снижают интенсивность симптоматики этого расстройства. В результате чего приблизительно у 50–70% клиентов с ОКР отмечается как минимум 25-процентное ослабевание симптомов (в сравнении с 4–5% при назначении плацебо) (Dolber et al., 1996a, 1996b; Koran et al., 1996). У некоторых клиентов бывают и лучшие результаты, однако приблизительно у 30–50% из них не наблюдается сдвигов, которые принято считать клинически значимым улучшением.

Главный недостаток лекарственной терапии при ОКР, как и при других тревожных расстройствах, — очень высокая частота рецидивов после прекращения приема препарата (примерно 90%, Dolberg et al., 1996). Поэтому многие клиенты, не ищущие альтернативных форм поведенческой терапии с ее более долговременными эффектами, вынуждены оставаться на этих препаратах неограниченно долгое время при условии, что ОКР, как и другие тревожные расстройства, тяготеет к хроническому течению при отсутствии лечения.

При ОКР поведенческое лечение, подразумевающее комбинацию представления и предотвращения (компульсивных) реакций может, в конце концов, быть

наиболее эффективным подходом к трудной проблеме обсессивно-компульсивных расстройств (например, Foa, Franklin & Kozak, 1998; Steketee, 1993). Такое лечение предполагает, что клиенты, страдающие ОКР, неоднократно подвергаются воздействию стимулов, которые провоцируют их обсессии (например, прикосновение к подошве ботинка или стульчаку в общественном туалете человеком, страдающим компульсивным мытьем рук). Далее, таких клиентов удерживают от участия в компульсивных ритуалах, которым те обычно предаются для снятия тревоги/дистресса, спровоцированных обсессией. Предотвращение ритуалов важно настолько, что они могут видеть, как их тревога, порожденная обсессией, по прошествии какого-то достаточного времени рассеивается естественным образом. Этот метод помогает тем клиентам, которые упорно придерживаются лечения, и у большинства из них очевидным становится ослабевание симптоматики на 50–70 % (Steketee, 1993). Значительное или достаточно хорошее улучшение наблюдается в среднем у 50%, а еще у 25% оно носит умеренный характер. В целом считается, что эти результаты превосходят те, что достигаются в ходе медикаментозного лечения (Foa et al., 1998).

Ниже кратко описано успешное применение этого метода в случае с Марком, молодым художником, страдавшим тяжелым ОКР.

Разбор случая: лечение Марка. Первоначально Марку проводилась медикаментозная терапия, а также лечение представлением и предотвращением реакции. Он нашел побочные эффекты лекарства (кломипрамина) непереносимыми и отказался от него через несколько недель. В рамках поведенческого лечения ему велели избавиться от диктофона и выполнять ряд упражнений, в ходе которых он представлял себе пугающие ситуации. В процессе этого он виртуально мог признаться в совершении преступления или нанести вред окружающим, вести телефонные разговоры, отправлять письма и посещать магазины и общественные туалеты (то есть все то, на что он был неспособен). Проверочные ритуалы (включая диктофон) запрещались. Хотя начальный раунд терапии оказался не особенно успешным, отчасти потому, что Марк жил далеко и ему было трудно приезжать на лечение, в конце концов, он согласился на более интенсивный курс. Для этого он переехал в маленькую комнату близ клиники и далее справлялся с процедурами вполне успешно.

Более подробное рассмотрение этого вида лечения было представлено в справке 5.4.

Наконец, поскольку в самой тяжелой форме ОКР — это серьезное и инвалидизирующее расстройство, в последние годы психиатры пришли к выводу о пересмотре уместности определенных нейрохирургических техник для лечения тяжелого упорного ОКР (так может обстоять дело с около 10% людей, имеющих этот диагноз) (Mindus, Rasmussen & Lindquist, 1994). Прежде чем подобного рода применение хирургических вмешательств будет хотя бы рассматриваться, человек должен уже страдать ОКР в тяжелой форме как минимум 5 лет и не реагировать ни на один из рассмотренных нами методов лечения (ни на поведенческую терапию, ни на применение нескольких лекарственных средств). В ряде научных работ показано, что значительное количество сложных случаев, когда оказались безуспешными все известные методы лечения, вполне удовлетворительно поддаются нейрохирургическому вмешательству, в ходе которого разрушаются мозговые ткани в одном из участков, задействованных при этом состоянии (Pigott & Seay, 1998). Подробнее эти техники будут обсуждаться в главе 16.

Социокультурные причинные факторы, общие для всех тревожных расстройств

Данные кросс-культурных исследований говорят о том, что тревога представляет собой универсальную эмоцию и во всех обществах, видимо, существуют тревожные расстройства. Однако есть много различий в том, как они проявляются и насколько распространены в разных культурах (Godd & Kleinman, 1985; Kirmayer, Young & Hayton, 1995).

Культурные различия в источниках беспокойства

В нигерийской культуре йоруба с генерализованной тревогой связаны три главных кластера симптомов: 1) беспокойство, 2) грезы и 3) телесные жалобы. Однако источники беспокойства весьма отличаются от тех, что имеют место в западном обществе, и фокусируются на создании и поддержке большой семьи, а также фертильности. Грезы являются главным источником тревоги, так как считается, что они указывают на возможный результат колдовства. Необычны с точки зрения жителей Запада и соматические жалобы. Звучат они зачастую следующим образом: «Бывает, что я испытываю в своей голове ощущение жара», «Я чувствую, что у меня в мозге как будто вода», «В разных частях моего мозга постоянно ползают какие-то существа, вроде муравьев» и «Я уверен, что у меня в голове какие-то черви» (Ebigbo, 1982; Good & Kleinman, 1985). Кроме того, нигерийцы с подобным синдромом часто испытывают параноидные страхи, боясь злонамеренного нападения со стороны черных магических сил (Kirmayer et al., 1995). В Индии беспокойство из-за возможной одержимости духами и собственной сексуальной неполноценности также можно встретить гораздо чаще, чем генерализованную тревогу в западных культурах (Carstairs & Kapur, 1976; Good & Kleinman, 1985).

Другой культурно-специфический синдром, встречающийся в таких странах, как Китай, — *Коро*, который у мужчин проявляется в интенсивном остром страхе того, что их пенис втягивается в туловище и что, когда этот процесс завершится, страдалец умрет. В то же время китаянки боятся, что у них втягиваются соски, а груди сморщиваются. Коро склонно принимать эпидемический характер, особенно в группах культурных меньшинств, когда их выживание оказывается под угрозой. Расстройство возникает в культурном контексте, на основе обеспокоенности мужской половой потенцией (Kirmayer et al., 1995).

Тайджин куофушо

Есть некоторые данные и в пользу того, что формы, которые принимают определенные тревожные расстройства, фактически развивались именно так, чтобы соответствовать определенным культурным паттернам. Хорошим примером выступает японское расстройство *тайджин куофушо* (*TKS*), родственное западному диагнозу социальной фобии. Как и социальная фобия, оно связано с боязнью межличностных отношений или социальных ситуаций (Kirmayer, 1991; Kleinknecht et al., 1997; Tseng et al., 1992). Однако жители Запада, страдающие социальной фобией, боятся социальных ситуаций, в которых они могут оказаться объектами насмешек или критики. Напротив, у большинства людей с *TKS* обнаруживается единственный доминирующий симптом, который в прошлом заключался в страхе покраснеть, а в настоящее

время, как предполагается, он состоит чаще всего в боязни контакта глаз — симптом, который не упоминаются в описании социальной фобии, данном в системе *DSM-IV* (Kirmayer, 1991). Дисморфофобическое расстройство тела — боязнь того, что некая часть тела дефектна или деформирована (см. справку 5.3), — тоже часто сопутствует лицам, страдающим *TKS*, которые болезненно боятся смутить или оскорбить окружающих своим неподобающим поведением или мнимыми физическими дефектами. Они, таким образом, могут полагать, будто покраснением лица, или контактом глаз, или резким запахом, своим воображаемым уродством способны причинить окружающим значительный дискомфорт. К социальному избеганию приводит именно этот страх опозориться перед другими или оскорбить их (Kleinknecht et al., 1997).

Кирмайер (Kirmayer, 1991; Kirmayer et al., 1995) утверждал, что паттерн симптомов, возникающих при *тайджин куофушо*, был сформирован под явным влиянием культурных факторов. Японские дети воспитываются в высокой зависимости от матерей и в страхе перед внешним миром, особенно перед чужими людьми. В процессе воспитания у японских младенцев и маленьких детей поощряются послушание и покорность. Кроме того, огромное внимание уделяется имплицитной коммуникации: умению угадывать мысли и чувства другого человека, быть к ним чутким. Людей, которые слишком часто прибегают к контакту глаз, несомненно, сочтут агрессивными и бестактными, а детей учат смотреть на горло собеседника, а не в глаза. Помимо этого, данное общество очень иерархично и структурировано, а реакция на социальный статус передается многими тонкостями языка и мимики.

Кирмайер сравнивает воздействие подобных японских паттернов культуры на симптомы, характерные для *тайджин куофушо*, с влиянием западных культурных паттернов на симптомы, наблюдаемые при социальной фобии: «Бредовая боязнь ущемить окружающих своим возбужденным или неподобающим социальным поведением уходит корнями в заботу японцев о социальной презентации собственного Я. Ориентированная на других групповая конформность неизменно выводит индивида на сцену и превращает обычную неуклюжесть в более серьезное социальное или моральное падение. В западном обществе, где подчеркивается индивидуальность, обеспокоенность чужими чувствами не столь велика и не способствует в связи с этим формированию ригидной поглощенности страхом травмировать или оскорбить окружающих» (Kirmayer, 1991; p. 24).

На более общем уровне кросс-культурные исследователи заметили, что признание когнитивного компонента в большинстве тревожных расстройств позволяет ожидать многие кросс-культурные вариации формы, которую принимают разные тревожные расстройства. Можно считать тревожные расстройства, по крайней мере отчасти, расстройствами процесса толкования. Коль скоро культуры влияют на категории и схемы, которыми мы пользуемся для интерпретации своих симптомов дистресса, значительные различия в формах, принимаемых тревожными расстройствами в разных культурах, становятся неизбежными (например, Good & Kleinman, 1985; Kirmayer et al., 1995).

Общие проблемы лечения и исходов

Как мы видели ранее при обсуждении каждого тревожного расстройства в отдельности, лечение может подразумевать широкий круг целей и процедур. К ним относятся: устранение негативных симптомов, таких как генерализованная тревога или

паника; изменение изначально оборонительного и избегающего стиля жизни человека в случаях специфических и социальной фобий; или и то и другое. Лечение может быть медикаментозным, или психотерапевтическим, или представлять собой некую комбинацию этих подходов. Большинство людей с тревожными расстройствами вполне удовлетворительно поддается лечению хотя бы в некоторых его формах. Однако прогноз может быть менее благоприятным, когда человек страдает коморбидной депрессией, или имеет личностные расстройства, или тяжелое, не поддающееся терапии ОКР.

Наверное, из всех неправильно назначаемых и выступающих предметом злоупотребления лекарств, упомянутых нами, большинство составляют анксиолитические препараты (малые транквилизаторы), используемые при лечении ряда тревожных расстройств, чаще всего ГТР и панического расстройства. Главный недостаток всех методов медикаментозного лечения тревожных расстройств состоит в том, что после отмены препаратов частота рецидивов колеблется от умеренной до очень высокой. Особенно это справедливо по отношению к анксиолитикам бензодиазепинового ряда, которые, кроме того, высокоаддиктивны и создают предпосылки для тяжелых симптомов отмены. В этой связи многим клиентам, которые не ищут альтернативных форм психотерапии, обладающей более долгосрочным эффектом, приходится принимать эти препараты неопределенно длительное время на фоне того, что большинство тревожных расстройств, если их не лечить, переходит в хроническую форму. Иногда эту проблему удается преодолеть путем комбинации медикаментозных и психосоциальных методов лечения при попытке отучения клиентов от лекарства после того, как, благодаря психотерапии, они приобретут необходимые навыки для преодоления своих панических или тревожных симптомов. Однако результаты, полученные в ходе нескольких последних исследований, показали и то, что подобное комбинированное лечение не всегда может иметь столь благоприятные последствия на длительный срок, особенно если пациенты приписывают успехи не своим личным стараниям, а лекарственным препаратам (Barlow et al., представлено к рассмотрению; Basoglu et al., 1994; Marks et al., 1993).

Большинство традиционных разновидностей психотерапии, речь о которых подробнее пойдет в главе 17, ориентировано на помощь клиентам в приобретении лучшего понимания себя, своих проблем и связей между первым и вторыми, а также призвано помочь клиентам развить более здоровые установки и лучшие навыки копинга. Разнообразные типы терапии, включенные в эту общую категорию, отчасти отличаются друг от друга конкретными целями и процедурами так, что каждый тип отражает отдельное психосоциальное направление, на котором основан. Психодинамический подход специфически направлен на помощь клиентам в том, чтобы вскрыть вытесненный конфликт, который, как считается, лежит в основе симптомов тревожного расстройства; самим симптомам уделяется незначительное внимание, а то и не уделяется совсем. Несмотря на то что традиционная психодинамическая психотерапия может быть полезной в разрешении многих общих жизненных проблем, которые могут быть у человека с тревожным расстройством, она не способствует смягчению внешних проявлений самого по себе расстройства. Психодинамическая психотерапия, примененная в случае панических атак или агорафобии (Wolfe & Maser, 1994), обсессивно-компульсивного расстройства (Foa et al., 1998), специфических и социальной фобий, не зарекомендовала себя эффективной.

Как мы видели, психотерапевтическими средствами выбора при лечении тревожных расстройств со всей очевидностью выступают техники поведенческой или когнитивно-поведенческой терапии. Поведенческая и когнитивно-поведенческая терапия обычно направлены в сторону изменения специфического «поведения-мишени» — устранение, например, фобий, или в сторону изменения специфических негативных паттернов мышления, которые поддерживают тревогу (как бывает в случае панического расстройства, сопровождающегося катастрофическими мыслями), однако кажется, что этими методами нередко достигаются гораздо более глубокие позитивные результаты (Barlow, 1993; Borkovec et al., 1995; Telch et al., 1995). Например, клиент, который преодолевает специфическую фобию, паническое или генерализованное тревожное расстройство, может приобрести уверенность в собственных силах, позволяющих ему решить и другие проблемы. В итоге человек узнает, что эффективная борьба с требованиями и стрессорами жизни приносит большее удовлетворение, чем старательные попытки избежать их. Хотя результаты значительно варьируют, представляется, что от 70 до 90% людей, которые получают надлежащую помощь по поводу тревожных расстройств, извлекают из нее значительную пользу (Barlow, 1993).

Нерешенные проблемы:

Междисциплинарное изучение тревожных расстройств

Прогресс, достигнутый в нашем познании тревожных расстройств, во многом был обеспечен трудами психиатров и психологов биологической ориентации, которые пытаются выявить ту или иную генетическую уязвимость, а также биохимические и функциональные аномалии, лежащие в ее основе. Успехи в исследовании нейробиологии тревожных расстройств были достигнуты в сочетании с растущим пониманием того, какие именно разновидности лекарственной терапии наиболее эффективны при их лечении. Так происходит потому, что прорывы в нейробиологии часто приводят к рождению новых идей в отношении лекарственных препаратов, применение которых в этом случае могло быть успешным, а новые данные об эффективности тех или иных лекарств нередко позволяют выявить возможные нейробиологические причины расстройства.

В то же время многие другие достижения являются заслугой психологов и психиатров когнитивной и поведенческой ориентации, которые стараются выявить психологические причины и слабые места тревожных расстройств. Прогресс в понимании когнитивных и поведенческих факторов, вовлеченных в патологический процесс, также наступал параллельно с растущим пониманием, какими когнитивными и поведенческими методами лучше всего лечить тревожные расстройства. И вновь исследования в этой сфере напоминают улицу с двусторонним движением, когда открытия, касающиеся психопатологии расстройств, позволяют обдумать возможности новых эффективных методов лечения, и наоборот.

Однако решение данных вопросов затрудняет то, что две эти разные линии научного исследования слишком часто развивались относительно независимыми и несходными путями. Часто эти подходы противопоставляются друг другу, как будто у расстройства существуют только биологические или только психологические

причины, или оптимальными методами лечения могут быть либо одни лекарства, либо исключительно психотерапевтические процедуры.

Как обсуждалось в главе 3, все наши когниции и паттерны поведения, в конце концов, сводимы к комплексу биохимических событий, развертывающихся в мозге. Нам нужно понять, каким образом события, происходящие на одном уровне анализа (когнитивном или поведенческом) воздействуют на события другого уровня (физиологического), и наоборот. Усложняя свою задачу, мы также должны проанализировать социокультурный контекст, в котором возникают расстройства, и как он может повлиять на способ, которым расстройство себя обнаруживает. Это, несомненно, важно, так как мы можем наблюдать, что в проявлениях таких расстройств, как тревожные, культурно обусловленных вариаций больше, чем их существует для большинства соматических заболеваний — пневмонии, насморка или рака. В этой связи необходимо подчеркнуть важность разработки единого биопсихосоциального подхода к пониманию таких расстройств. Однако там, где речь идет о тревожных расстройствах, прогресс в этом отношении шел медленно.

Каковы же препятствия к такому прогрессу? Некоторые, как кажется, вызваны трудностями, с которыми профессионалы из области охраны психического здоровья, принадлежащие к одному теоретическому направлению, вступают в контакт с профессионалами, придерживающимися другого направления, потому что и те и другие недостаточно знают и понимают воззрения противоположной стороны. Для большинства психологов чтение и понимание научных отчетов из области нейробиологии этих расстройств — нелегкая задача, так как они довольно слабо знают неврологию, стремительно развивающуюся область знания. А многие неврологи и психиатры биологической ориентации затрудняются при освоении научных материалов, посвященных когнитивным и поведенческим факторам, участвующим в этих расстройствах, так как они не прошли подготовку по этим дисциплинам.

Но недостаток познаний не единственное и даже необязательно главное препятствие на пути к разработке биопсихосоциального подхода к познанию этих расстройств. Многие проблемы обусловлены тем обстоятельством, что некоторые профессионалы охраны психического здоровья твердо убеждены в превосходстве одного подхода над другим. Тем не менее остается надежда, что эта ситуация может измениться. Сегодня мы видим, что возникает все больше междисциплинарных исследовательских команд, состоящих из профессионалов, подготовленных по всем перечисленным направлениям. Они работают как над психопатологией, так и лечением тревожных расстройств. Деятельность таких междисциплинарных команд сыграет решающую роль в развитии единого биопсихосоциального взгляда на эти расстройства.

Резюме

Настоящая глава была посвящена дезадаптивным поведенческим паттернам, в основе которых лежит либо тревога, либо паника, либо и то и другое. Тревожные расстройства первоначально считались подтипом неврозов, но последние версии *DSM-III* и *DSM-IV* большей частью отказались от этого термина. Страх или паника представляют собой фундаментальную эмоцию, которая подразумевает активацию реакции «борьбы или бегства», находящейся в ведении вегетативной нервной

системы. Тревога — более расплывчатая смесь эмоций, которая включает в себя негативный аффект высокого уровня, беспокойство в связи с возможной угрозой или опасностью и ощущение собственной неспособности предотвратить угрозу или, если она осуществится, взять ее под свой контроль. Хотя временами у всех нас бывают идентифицируемые, разумные, реалистичные поводы испытывать беспокойство, люди с тревожными расстройствами в силу самого определения отличаются иррациональными побуждениями и нереалистичными уровнями тревоги.

Как мы увидели, и тревога и паника входят в состав отдельных синдромов из группы тревожных расстройств. При специфических фобиях отмечается интенсивная и иррациональная боязнь определенных предметов или ситуаций; при столкновении с объектом своего страха такой человек часто выказывает активацию реакции «борьбы или бегства», которая также связана с паникой. При социальной фобии человек испытывает парализующий страх перед одной или многими социальными ситуациями, как правило, из опасения негативной оценки со стороны окружающих или боязни действовать в постыдной или унизительной манере; в некоторых случаях индивид, страдающий социальной фобией, может, оказавшись в социальной ситуации, переживать настоящие панические атаки.

При паническом расстройстве человек переживает внезапные панические атаки, которые часто порождают в нем ощущение острого ужаса и, как правило, проходят через считанные минуты. Из-за того, что они способны наводить такой ужас, у многих людей, их испытывающих, развивается тревожное предчувствие по поводу переживания новой атаки. У некоторых также развивается агорафобическое избегание ситуаций, в которых, по их мнению, у них может развиться атака и из которых им будет трудно или стыдно устраниться. При тяжелой агорафобии индивид может стать домашним затворником и покидать дом исключительно в сопровождении супруга(и) или надежного спутника.

При генерализованном тревожном расстройстве человек испытывает хроническое и чрезмерное беспокойство по поводу ряда событий или действий и реагирует на стресс высоким психическим и мышечным напряжением. При обсессивно-компульсивном расстройстве индивида посещают нежелательные и навязчивые неприятные мысли или образы, которые обычно сопровождаются компульсивными действиями, призванными нейтрализовать их. Самыми частыми являются ритуалы проверки и поддержания чистоты.

Считается, что многие поводы к страху и тревоге приобретаются через обусловливание или иные механизмы научения, хотя некоторые люди конституционально более предрасположены к приобретению подобных реакций. Специфические фобии не направлены ни на случайные или произвольные группы объектов, ни на ситуации, сопряженные с травмами. Мы, по всей вероятности, обладаем биологически обусловленной подготовленностью к приобретению страха перед объектами и ситуациями, которые представляли угрозу для наших далеких предков.

Представляется также, что мы обладаем эволюционно обусловленной предрасположенностью к приобретению страхов перед социальными стимулами, знаменующими превосходство и агрессию со стороны других людей, включая мимические выражения гнева или презрения. Кроме того, люди с социальной фобией поглощены мыслями, содержанием которых является негативная самооценка, и эти мысли нарушают их способность к социально грамотному взаимодействию.

Одна из ведущих теорий панического расстройства гласит, что это состояние может развиваться у людей, склонных к ошибочной катастрофической интерпретации телесных ощущений. Такая тенденция, возможно, связана с уже ранее существовавшей тревожной сензитивностью высокого уровня. Другие биологические теории панического расстройства подчеркивают, что оно может стать результатом как биохимических аномалий в головном мозге, так и анормальной активности нейротрансмиттера норадреналина и, может быть, серотонина. Панические атаки могут проистекать из участка ствола мозга, называемого голубым пятном, а также из центрального серого вещества, окружающего сильвиев водопровод, среднего мозга.

Генерализованное тревожное расстройство может развиваться у людей, которые часто сталкивались с непредсказуемыми и/или неконтролируемыми жизненными событиями. Кроме того, представляется, что люди с генерализованной тревогой обладают схемами, подсказывающими, как именно бороться с незнакомыми и опасными ситуациями, и эти схемы способствуют возникновению автоматических мыслей, сфокусированных на возможных угрозах. Нейробиологическим фактором, участвующим в генерализованной тревоге, является функциональный дефицит нейротрансмиттера ГАМК, который участвует в ингибировании тревоги в стрессовых ситуациях; наиболее вовлечен в процесс участок мозга, называемый лимбическая система. Таким образом, в панических атаках и генерализованной тревоге участвуют различные нейротрансмиттеры и области мозга.

Можно предположить, что биологические причинные факторы вовлечены и в обсессивно-компульсивное расстройство, о чем свидетельствуют данные генетических исследований, результаты изучения функционирования мозговых структур, а также психофармакологических изысканий. Когда данное расстройство возникает, его поддержанию могут способствовать компульсивные действия, способные снижать тревогу. Представляется, что поддержанию всех уже развившихся тревожных расстройств способствует соответствующая настроению обработка информации: тенденциозность внимания и интерпретации.

Многих людей с тревожными расстройствами лечат врачи, нередко используя препараты, призванные уменьшить тревогу. Подобное лечение сосредоточено на подавлении симптомов, и это небезопасно. Существуют и другие, альтернативные способы снижения тревоги. В целом когнитивная и поведенческая формы психотерапии имеют очень неплохой послужной список в отношении лечения тревожных расстройств. Поведенческие методики фокусируются на пролонгированном представлении клиентом устрашающей ситуации, с тем чтобы он привык не реагировать на нее тревогой и страхом; при обсессивно-компульсивном расстройстве, помимо представления устрашающих ситуаций, необходимо еще и предотвращать ритуалы. Методы когнитивной терапии сосредоточены на приведении клиентов к пониманию их скрытых автоматических мыслей, которые часто подразумевают когнитивные искажения, такие как нереалистичные прогнозы катастроф, которые крайне маловероятны в действительности. Как только клиенты оказываются в состоянии идентифицировать эти автоматические мысли, терапия сосредоточивается на помощи им в изменении данных размышлений и убеждений посредством процесса логического пересмотра — анализа, известного как когнитивное переструктурирование.

ГЛАВА 6

Расстройства настроения и суицид

Многим людям свойственно время от времени впадать в депрессию. Провал на экзамене, неудача при попытке поступить в институт или колледж с первого раза, разрыв отношений с любимым человеком — все это примеры событий, которые часто могут вызвать депрессивное состояние. Однако под **расстройствами настроения** понимаются гораздо более тяжелые его искажения, которые растягиваются на длительные сроки. В подобных случаях искажения настроения настолько глубоки и устойчивы, что становятся явно дезадаптивными, нередко приводят к серьезным проблемам в отношениях и трудовой деятельности. Так, по последним статистическим данным, в 1990 году депрессия занимала 4-е место среди 150 заболеваний по расходам, в которые она обходится обществу; имеются в виду прямые затраты (на лечение) и косвенные издержки (дни нетрудоспособности, инвалидность, преждевременная смерть). Более того, был сделан прогноз, согласно которому к 2020 году депрессия станет ведущей причиной смерти (Murray & Lopez, 1996). Рассмотрим следующий случай.

Разбор случая: преуспевающая «полная неудачница». Маргарет, преуспевающую деловую женщину средних лет, энергичную и работоспособную, неожиданно бросил муж, который ушел к молодой женщине. Когда первая волна шока и ярости спала, Маргарет ударилась в неконтролируемые сомнения и сетования по поводу своей деловой смекалки. Принятие решений превратилось в суровое испытание. Состояние ее духа резко ухудшилось, и она стала все больше и больше времени проводить в постели, отказываясь общаться с кем бы то ни было. Маргарет столько пила, что редко бывала полностью трезвой. Через несколько недель ее неспособность или нежелание поддерживать дела в порядке повлекли за собой серьезные финансовые потери. Она ощутила себя «полной неудачницей» — самоатрибуция, которая абсолютно не поддавалась изменению путем обзора ее значительных достижений; действительно, ее самокритика постепенно распространилась на все аспекты жизни, в том числе и на собственную биографию. В конце концов, родственники, обеспокоившись, фактически заставили ее пойти на прием к клиническому психологу.

Было ли с Маргарет что-то «неладно» или она просто испытывала нормальные человеческие эмоции, возникшие после ухода мужа? Психолог диагностировал у нее расстройство настроения и назначил лечение. Диагнозом, с учетом тяжести симптомов и степени нарушения, было тяжелое депрессивное расстройство.

Когда значительные изменения в настроении приводят к поведению, которое серьезно угрожает благополучию индивида, психологи и другие профессионалы,

занятые в сфере охраны психического здоровья, делают заключение, что такой человек страдает расстройством настроения. Расстройства настроения неоднородны по своей природе, что признано системой *DSM-IV, в которой представлены* многие их типы. Перечень данных расстройств представлен в табл. 6.1.

Таблица 6.1

Разновидности депрессии в соответствии с *DSM-IV*

	Диагноз	Основные признаки
Униполярные расстройства	Дистимия	Как минимум в течение последних 2 лет большую часть дня и большее число дней в году индивида должно беспокоить депрессивное настроение, а также по крайней мере два других депрессивных симптома, однако их тяжесть и устойчивость не должны быть достаточными, чтобы удовлетворять критериям тяжелой депрессии. У индивида не должны наблюдаться никакие маниакальные или гипоманиакальные эпизоды
	Расстройство приспособления с депрессивным настроением	Индивид реагирует дезадаптивно депрессивным настроением на некоторый идентифицируемый стрессор, оказывавший на него воздействие в пределах последних 3 месяцев. Симптомы, вызванные утратой, сюда не входят. По завершении воздействия стрессора симптомы должны исчезнуть в течение 6 месяцев
	Большое депрессивное расстройство	У индивида отмечен один или несколько тяжелых депрессивных эпизодов при отсутствии любых маниакальных или гипоманиакальных эпизодов. К симптомам тяжелого депрессивного эпизода относятся: глубокое и устойчивое депрессивное настроение или безразличие к удовольствиям на протяжении как минимум 2 недель. Оно должно сопровождаться четырьмя или более следующими симптомами: плохой аппетит, бессонница, психомоторная заторможенность, утомляемость, ощущение собственной никчемности или вины, неспособность сосредоточиться и мысли о смерти или суициде
Биполярные расстройства	Циклотимия, депрессивная форма	Индивид в настоящее время или на протяжении последних 2 лет переживает эпизоды, напоминающие дистимию, но также имеет в анамнезе один или несколько периодов гипомании, характеризующейся приподнятым, разнузданным или раздражительным настроением не психотического толка
	Биполярное расстройство I, депрессивная форма	Индивид переживает тяжелый депрессивный эпизод (как при тяжелом депрессивном расстройстве), имея в анамнезе один или несколько маниакальных эпизодов
	Биполярное расстройство II, депрессивная форма	Индивид переживает тяжелый депрессивный эпизод, имея в анамнезе один или несколько гипоманиакальных эпизодов

	Диагноз	Основные признаки
Другие расстройства настроения	Расстройство настроения в связи с соматическим заболеванием	У индивида ярко выраженное депрессивное настроение, в том числе симптомы, характерные для тяжелой депрессии, основная причина которого считается связанной с непосредственными физиологическими эффектами соматического заболевания. К соматическим заболеваниям относятся дегенеративные заболевания нервной системы, такие как болезнь Паркинсона, инсульт, разнообразные метаболические и эндокринные заболевания, вирусные инфекции (включая ВИЧ) и некоторые формы рака
	Расстройство настроения, вызванное химическими веществами	У индивида отмечается глубокая и стойкая депрессия, которая расценивается как следствие непосредственных физиологических эффектов какого-либо химического вещества. Этим веществом может быть наркотик, являющийся предметом злоупотребления, или лекарственный препарат. Депрессия может развиться в силу интоксикации веществом или в связи с воздержанием от него

Тем не менее при всех расстройствах настроения (ранее называвшихся аффективными расстройствами) в клинической картине преобладает крайняя выраженность эмоции или *аффект(а)* — бурное ликование или глубокая депрессия. Присутствуют и другие симптомы, но определяющим признаком является анормальное настроение.

Что такое расстройства настроения?

Два главных настроения определяют одноименные расстройства: **мания**, отличающаяся глубоким и нереалистичным чувством возбуждения и эйфории, и **депрессия**, которая предполагает ощущение исключительной печали и подавленности. Одни люди в разное время испытывают оба этих настроения, однако другие испытывают только депрессию. Часто эти состояния представляются расположенными на противоположных полюсах континуума настроения, так что нормальное настроение находится в середине. Хотя эта концепция в известной степени верна, она не может объяснить всех случаев расстройства настроения, так как бывает, что у пациента одновременно имеются симптомы и мании и депрессии. В данном случае человек испытывает резкие перепады настроения, когда печаль сменяется эйфорией, а эйфория — раздражительностью, и все это происходит в границах одного и того же эпизода болезни.

Наше обсуждение будет построено на основе разграничения униполярных и биполярных форм расстройств настроения. При **униполярных расстройствах**, которые встречаются намного чаще, человек переживает исключительно депрессивные эпизоды. При **биполярных расстройствах** человек переживает как депрессивные, так и маниакальные эпизоды. В *DSM-IV* это разграничение бросается в глаза, и, несмотря на то что униполярные и биполярные формы расстройства настроения могут быть не вполне автономными и самостоятельными, им свойственны доста-

точные различия в симптомах, причинных факторах и методах лечения, так что подобное разграничение оказалось полезным. Кроме того, расстройства настроения принято дифференцировать: 1) *по тяжести* — числу дисфункций, переживаемых в различных аспектах жизни, и относительному уровню нарушений, наблюдаемому в данных сферах, и 2) *по длительности* — является ли расстройство острым, хроническим или интермиттирующим (с периодами сравнительно нормального функционирования между эпизодами расстройства). При дальнейшем рассмотрении это традиционное деление тоже будет отражено.

Внутри каждой из этих общих категорий униполярных и биполярных расстройств мы начинаем с более слабых нарушений настроения. Затем мы перейдем к расстройствам, при которых функционирование человека нарушено в умеренной и, наконец, в тяжелой степени, как это было в случае с Маргарет, описанном в начале главы. Согласно данным исследований, мы можем предположить, что слабые нарушения настроения лежат, главным образом, в том же континууме, что и более тяжелые расстройства, рассмотрению которых посвящена эта глава. Многие полагают, что разница здесь преимущественно в степени, а не в характере — вывод, подкрепленный в нескольких последних обзорах научных данных (например, Vredenburg, Flett & Krames, 1993; Watson et al., 1995b). Другие отстаивают идею о существовании качественных различий между слабой, умеренной и тяжелой депрессией (например, Coyne, 1994). Более того, как мы увидим при изучении категорий униполярных и биполярных расстройств, помимо различий в тяжести, существует также значительная гетерогенность *путей*, которыми проявляют себя расстройства настроения. Следовательно, есть множество различных подтипов как униполярных, так и биполярных расстройств. Это значительно осложняет установление причинных факторов при расстройствах настроения, так как не исключено, что даже малейшие различия в причинных механизмах могут оказаться важными для разных подтипов.

Распространенность расстройств настроения

Тяжелые расстройства настроения возникают с тревожащей частотой по меньшей мере в 10–20 раз чаще, чем, например, шизофрения, и столь часто, как все тревожные расстройства, вместе взятые. Из двух типов серьезных расстройств настроения ***униполярная тяжелая депрессия*** встречается гораздо чаще, и это положение усугубилось в последние годы (Kaelber, Moul & Farmer, 1995; Lewinsohn et al., 1993). Согласно последним данным Национального обзора коморбидности (Kessler et al., 1994), в течение жизни тяжелой депрессией болеют около 13% мужчин и 21% женщин (данные о заболеваемости за 12 месяцев говорят примерно о 8% для мужчин и 13% для женщин). Эти цифры иллюстрируют почти универсальное наблюдение, согласно которому униполярная депрессия гораздо чаще встречается у женщин, чем у мужчин; это различие по полу аналогично таковому при многих тревожных расстройствах (см. главу 5). Подробнее проблема половых различий при униполярной депрессии будет обсуждаться в этой главе ниже (справка 6.1). Расстройство настроения другого типа, биполярное расстройство (при котором возникают как маниакальные, так и депрессивные эпизоды), встречается гораздо реже. Показатели риска заболевания этим расстройством в течение жизни составляют от 0,4 до 1,6%, и в данном случае нет ощутимой разницы в сравнительной заболеваемости муж-

чин и женщин. Аналогичные данные были получены при последнем Национальном обзоре коморбидности (Kessler et al., 1994).

Депрессия и жизненный цикл

Хотя большинство расстройств настроения возникает в раннем и среднем зрелом возрасте, подобные реакции могут развиться в любой момент жизни от детства до глубокой старости. Например, по данным одного исследования, приблизительно четвертая часть взрослых сообщили о появлении униполярной депрессии в детском или подростковом возрасте (Sorenson, Rutter & Aneshensel, 1991). Некогда считалось, что депрессия, как правило, не возникает в детские годы, но теперь нам известно, что это не так. Хотя и сравнительно редко, тяжелые депрессии наблюдались у детей до подросткового возраста; так, около 2% детей школьного возраста удовлетворяли критериям той или иной формы униполярного расстройства, тогда как, возможно, другие 2% демонстрировали хроническую мягкую депрессию (обзор см. в Speier et al., 1995). Даже младенцы могут переживать депрессию в определенной ее форме (обычно известную как анаклитическая депрессия, или отчаяние), если надолго разлучены с человеком, к которому испытывают привязанность (как правило, с матерью) (Bowlby, 1973, 1980; Speier et al., 1995). В настоящее время нет согласия по поводу того, не является ли это просто «нормальной» депрессивной реакцией на утрату, однако Боулби (Bowlby, 1980) убедительно показал, что данная форма депрессии, наблюдаемая у младенцев, является как минимум «прототипом» депрессии, возникающей в зрелом возрасте.

Несмотря на тот факт, что серьезные депрессивные состояния все-таки имеют место в период младенчества и детства, частотность депрессии резко возрастает в подростковом возрасте, периоде больших потрясений для многих людей. Последние цифры говорят и о том, что средний возраст появления подростковой депрессии снижался на протяжении последнего десятилетия (Lewinsohn et al., 1993; Speier et al., 1995). Кроме того, именно в этот период впервые проявляются половые различия в частоте заболевания депрессией (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). (Дальнейшее обсуждение детской и подростковой депрессии см. в главе 14.)

Суицид — это прискорбно частый (и всегда возможный) исход серьезных депрессий, как униполярных, так и биполярных. В действительности депрессивные эпизоды, несомненно, самая распространенная из всех причин, предрасполагающих к суициду. В последней части настоящей главы обсуждаются причины и профилактика суицидов.

Униполярные расстройства настроения

Печаль, уныние, пессимизм и безнадежность из-за неспособности улучшить положение дел — чувства, знакомые большинству. Депрессия неприятна, когда мы ее переживаем, но ей не свойственно продолжаться долго. Порой кажется, что она сама себя ограничивает, выключаясь спустя какие-то недели, дни или после того, как достигает определенной интенсивности. Иногда мы можем ощутить ее как нечто в некотором смысле полезное: нас застопорило, и теперь мы можем двигаться дальше; освободиться от того, что нам досаждало, оказалось легче, чем мы считали, и открывающаяся перед нами новая перспектива сулит нам новые возможности.

В этом сценарии содержатся подсказки, которые могут иметь значение для нашего понимания депрессии вообще. Например, намеки на то, что слабая депрессия может быть в целом адаптивной; что ее «работа» во многом сводится к рассмотрению образов, мыслей и чувств, которые в нормальном состоянии избегаются; и что иногда депрессия способна к самоограничению. Эти соображения говорят о том, что способность испытывать депрессию может быть «нормальной», даже желательной, если она имеет кратковременный и мягкий характер. Они же наводят на мысль о нормальных депрессиях — состояниях, которые мы вправе ожидать у каждого, кто проходит через болезненные, но обыденные события жизни, какими бывают значимые личные, межличностные или экономические потери.

Депрессии, не являющиеся расстройствами настроения

Нормальные депрессии почти всегда оказываются результатом недавнего стресса. Фактически, как обсуждалось в главе 4, некоторые депрессии считаются расстройствами приспособления (теми, что развиваются как реакция на стрессоры), но не расстройствами настроения. Возможно, однако, что такие резкие разграничения проводить не следует. На самом деле при многих депрессиях, удовлетворяющих критериям «тяжелых», также прослеживается явная связь с предшествующим стрессом (Brown & Harris, 1978; Kessler, 1997; Monroe & Simons, 1991). В следующих разделах мы рассмотрим некоторые менее интенсивные формы нормальной депрессии.

Утрата и процесс оплакивания

Под скорбью мы обычно понимаем психологический процесс, через который люди проходят после смерти близкого человека, — процесс, представляющийся более пагубным для мужчин, нежели для женщин (Stroebe & Stroebe, 1983). Несмотря на то что эта причина оплакивания, быть может, самая частая и значительная, к подобному состоянию могут привести и многие другие потери. Утрата привилегированного статуса или положения, разделение или развод, финансовый крах, разрыв романтической связи, отставка, расставание с другом, первая разлука с родным домом или даже смерть обожаемого питомца — все перечисленное может послужить толчком к симптомам острой скорби.

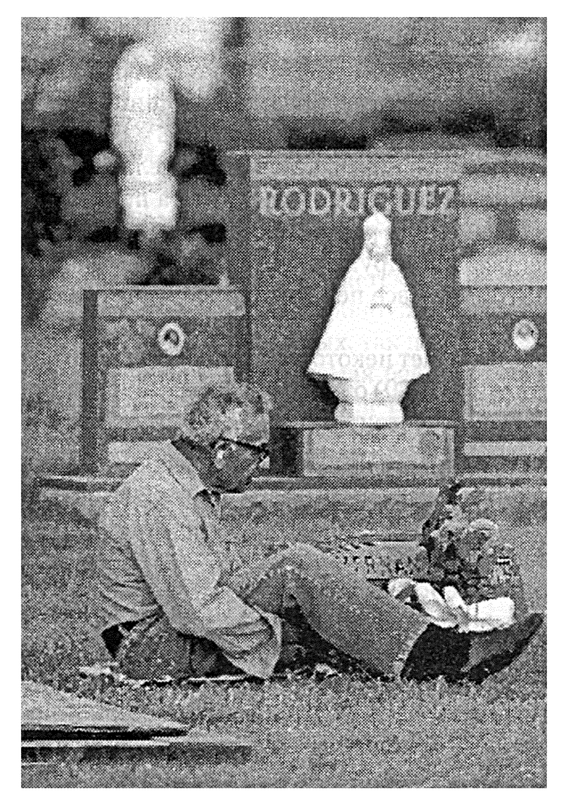
Скорбь, какой бы ни была ее причина, обладает некоторыми характерными особенностями. Действительно, Боулби (Bowlby, 1980) отметил, что реакция на потерю супруга или близкого члена семьи обычно состоит из четырех фаз:

1. Оцепенение и неверие, которые могут длиться от нескольких часов до недели и прерываться взрывными проявлениями глубокого горя, паники или гнева.
2. Тоска и томление по умершему, которые могут длиться месяцами или, реже, годами.
3. Дезорганизация и отчаяние.
4. Некоторая реорганизация.

Во второй фазе (которая больше напоминает тревогу, чем депрессию) скорбящий человек может выказывать чрезвычайную суетливость, страдать бессонницей, быть поглощенным мыслями об умершем. Гнев — очень частое и совершенно нормальное явление в этой фазе. Интенсивность тоски и томления постепенно снижа-

ется. Третья фаза отчаяния начинается, когда человек, наконец, признает утрату как неизбежность и находит необходимым отказаться от старых паттернов мышления, чувств и действий, включая обретение новой идентичности (например, вдовы или вдовца). В этой фазе человек может удовлетворять критериям тяжелой депрессии. Однако большая часть людей постепенно переходят в четвертую фазу и начинают перестраивать свою жизнь. Постепенно восстанавливается способность реагировать на внешний мир, печаль отступает, жизненные силы возвращаются и человек начинает более продуктивно разбираться с вызовами, которые бросает ему жизнь. Все перечисленное в целом рассматривалось как *нормальный* паттерн. Процесс оплакивания понесенной утраты обычно занимает один год (Clayton, 1982). В то же время некоторые люди застревают где-то посередине этой последовательности событий, и если депрессивные симптомы сохраняются спустя год после утраты, им необходимо обратиться за терапевтической помощью. Это состояние часто называется хронической скорбью и может развиваться у 10–20% лиц, понесших утрату (Jacobs, 1993; Middleton et al., 1996).

Если на минуту забыть о такого рода возможных осложнениях, то легко увидеть, что скорбь выполняет адаптивную функцию (Bowlby, 1980). Фактически отсутствие скорби в условиях, в которых она казалась бы оправданной, должно, пожалуй, настораживать, ибо это говорит о том, что человек не до конца осознает потерю, по крайней мере на психологическом уровне. Люди, которые не выказывают осознанную скорбь, могут выглядеть деловыми, работоспособными и хорошо справляющимися с ситуацией, однако при более глубоком рассмотрении видно, что они часто напряжены, раздражительны и демонстрируют, например, такие соматические симптомы, как головные боли или учащенное сердцебиение.



Под скорбью мы обычно понимаем психологический процесс, через который человек проходит после смерти близкого человека. Здесь мы видим мужчину, скорбящего на могиле жены. Скорбью могут сопровождаться и потери иного рода, такие как развод или разлука, или потеря домашнего животного.

Традиционные воззрения на процесс оплакивания, согласно которым задачей скорби является «разрыв связи с умершим» (Silverman & Klass, 1996, p. 10), все больше и больше оспаривались последними социальными исследованиями, посвященными изучению понесших утрату индивидов во всех частях света. Их данные говорят о том, что осиротевший человек поддерживает постоянную связь с усопшим, которая со временем способна претерпевать изменения, но существует неограниченно долго: «Мы не можем считать утрату психологическим состоянием, которое заканчивается и от которого можно оправиться. Интенсивность чувств может снизиться... однако концепция прекращения, требующая определить время, когда переживание утраты заканчивается, выглядит несовместимой с моделью, предлагаемой этими открывшимися фактами... Если смерть постоянна и неизменна, то этого нельзя сказать о процессе... разрешение скорби подразумевает сохранение связей, которые живые поддерживают с ушедшими, и эти сохраняющиеся связи могут быть здоровой частью жизни, которую продолжает вести живущий человек» (Silverman & Klass, 1996, pp. 18–22).

Другие нормальные колебания настроения

Депрессивные чувства могут провоцироваться многими ситуациями, отличными от случаев очевидной утраты, и, вероятно, некоторые люди, как мы увидим, особенно расположены к развитию депрессии. Часто можно наблюдать, как некоторые специалисты при защите диссертаций впадают в депрессию, когда заканчиваются последние испытания. Отмечались и другие виды «успешной» депрессии, например при избрании в государственное учреждение после трудной предвыборной кампании, а также у преуспевших писателей и актеров. Слабую или сильную депрессию переживают также многие студенты в годы своей предполагаемой студенческой свободы и беспечного личностного развития. Некоторые подобные случаи укладываются в нормальные рамки, но другие могут принимать очень серьезную форму и требовать внимания клинициста, как это будет показано ниже.

Даже при рождении ребенка, которое, казалось бы, должно быть радостным событием, у молодых матерей (а бывает, что и у отцов) иногда развивается послеродовая депрессия. До недавних пор считалось, что послеродовая депрессия представляет собой относительно распространенную форму клинической депрессии (то есть изменение настроения, не являющееся нормой). Однако последние данные говорят о том, что определенные депрессивные чувства в послеродовом периоде пребывают в диапазоне нормальных колебаний настроения (O'Hara et al., 1990, 1991). Оказывается, что тяжелая депрессия возникает в послеродовом периоде не чаще, чем можно было бы ожидать у нерожавших женщин того же возраста и социально-экономического статуса (Hobfoll et al., 1995; O'Hara et al., 1990, 1991). Поэтому, несмотря на то что послеродовая меланхолия — обычное явление, не следует сбрасывать со счета единожды твердо усвоенного факта, согласно которому женщины после родов особенно подвержены риску развития серьезной депрессии. Послеродовую депрессию лучше считать расстройством приспособления, поскольку она, как правило, бывает сравнительно слабой и довольно быстро проходит (Brems, 1995; Whiffen, 1992).

В развитии послеродовой меланхолии и депрессии может играть свою роль гормональная перестройка, однако данные по этому вопросу чрезвычайно разноречивы (Brems, 1995; O'Hara et al., 1991). Очевидно, что здесь присутствует и психологический компонент. Послеродовая меланхолия или депрессия могут развиться в случае, когда матери оказывается недостаточная социальная поддержка, и/или ей трудно приспособиться к своей новой идентичности и перемене роли. Возможна и ситуация, когда в ожидания молодой матери не входило ощущение зависимости и проблемы ухода за младенцем, которые оказались более трудными, а иногда на первый взгляд изматывающими, приводящими, скорее, к депрессии, чем к радости. Иногда у женщины может быть депрессия в личном или семейном анамнезе, что ведет к повышенной сензитивности к стрессу, которым становится рождение ребенка (Brems, 1995).

Слабые и умеренные депрессивные расстройства

Момент, в который нарушение настроения становится диагностируемым расстройством настроения, — вопрос клинической оценки. Хотя для такой оценки и существуют свои критерии, они, к сожалению, недостаточно точны, чтобы привести различных клиницистов к единому мнению. Несмотря на то что тяжелые расстройства настроения выглядят явно анормальными, существует переходная зона, в которой трудно установить различие нормального и анормального.

В *DSM-IV* предусмотрены две основные категории депрессивных расстройств от слабых до умеренных. Это — дистимия и расстройство приспособления с депрессивным настроением. Обе они рассматриваются в нижеследующих разделах.

Дистимия

Для установления диагноза **дистимии** у человека должно быть устойчиво депрессивное настроение большее число дней в году на протяжении как минимум 2 лет. Кроме того, у дистимиков в периоды депрессии должны иметься хотя бы два из следующих шести симптомов: 1) плохой аппетит или переедание, 2) нарушение сна, 3) низкий уровень энергии, 4) низкое самоуважение, 5) трудность сконцентрироваться или принять решение и 6) ощущение безнадежности. Это означает, что они хронически испытывают депрессию умеренного уровня на протяжении как минимум 2 лет (одного года для детей и подростков); кроме того, у них нет признаков психоза (разрыва контакта с реальностью). Средняя продолжительность дистимии — 5 лет, но она может длиться 20 лет и больше (Keller et al., 1997). Иногда возможны кратковременные периоды нормального настроения, но они продолжаются, как правило, от нескольких дней до нескольких недель. На практике эта особенность, заключающаяся в наличии интермиттирующих периодов нормального настроения, представляется основной чертой, отличающей дистимию от сильной депрессии, поскольку нет существенных различий в среднем количестве симптомов, обнаруженных у пациентов из этих двух категорий (Klein, Riso & Anderson, 1993). Таким образом, симптоматика у дистимиков фактически не менее тяжелая, чем у лиц, страдающих тяжелой депрессией; различие только в том, что дистимики не обязательно испытывают эти симптомы ежедневно. При этом расстройстве нет необходимости в каких-либо идентифицируемых провоцирующих собы-

тиях или состояниях, хотя подобные обстоятельства очень часто отмечаются при депрессиях других типов (например, Roth & Mountjoy, 1997).

Дистимия тоже встречается очень часто; по последним данным, в течение жизни ею заболевает около 5% мужчин и 8% женщин (Kessler et al., 1994). Случай, описанный ниже, с очевидными явлениями болезненного состояния, которое само себя поддерживает, типичен для этого расстройства.

Разбор случая: дистимия у младшего администратора. 28-летняя женщина, занимавшая должность младшего администратора, была направлена психоаналитиком на «поддерживающее» лечение. За полтора года до этого она получила степень магистра в области управления бизнесом и переехала в Калифорнию, чтобы приступить к работе в крупной фирме. Она жаловалась, что все повергает ее в «депрессию»: работа, муж и виды на будущее.

Ранее она получала разнообразное психотерапевтическое лечение. Обучаясь в колледже, она на протяжении 3 лет дважды в неделю посещала «аналитика», а поступив в аспирантуру, 1,5 года ходила к «бихевиористу». Она жаловалась на постоянное чувство подавленности, неполноценности и пессимизма, которые, по ее словам, испытывала с 16–17 лет. Мысли ее, хотя она неплохо успевала в колледже, неизменно крутились вокруг «по-настоящему умных» студентов. В колледже и аспирантуре у нее были романы, но она заявляла, что никогда не выйдет за парня, которого посчитает «особенным», потому что постоянно будет чувствовать себя неполноценной и униженной. Всякий раз, когда она видела или встречала такого человека, она держалась холодно и равнодушно, а то и просто уходила поскорее только затем, чтобы позже переживать и многие месяцы грезить о нем. Она утверждала, что терапия помогала ей, хотя так и не могла припомнить периода, в который не чувствовала бы себя немного подавленной.

Только после окончания колледжа она вышла замуж за мужчину, с которым тогда встречалась. Она находила его вполне приятным, хотя и не «особенным», и вышла за него прежде всего потому, что чувствовала, что ей «нужен муж» для дружеского общения. Вскоре после свадьбы молодые начали ссориться. Ей не нравилось все: его одежда, его работа и его родители; он же, в свою очередь, находил, что она его не понимает, постоянно контролирует и обладает скверным характером. Она стала ощущать, что совершила ошибку, когда вышла за него замуж.

В последнее время у нее возникли проблемы и на работе. Ей постоянно дают самые ничтожные поручения и никогда не предлагают важного или ответственного дела. Она признает, что частенько «халтурит», выполняя порученное, никогда не делает ничего больше требуемого и никогда не бывает ни уверенной, ни инициативной перед начальством. Она считает шефа эгоистичным, бессердечным и несправедливым, но в то же время восхищается его успехами. Она чувствует, что никогда далеко не продвинется в своей профессии, так как у нее нет нужных «связей», и то же самое относится к ее мужу, но тем не менее мечтает о деньгах, положении и власти.

Они с мужем поддерживают отношения еще с несколькими парами. Мужья в этих парах, как правило, — друзья мужа. Она убеждена, что женщины считают ее неинтересной и бесцветной, а люди, которым она вроде бы нравится, несомненно, ничем не лучше ее.

Под грузом своей неудовлетворенности браком, работой и социальной жизнью, уставшая и не питающая интереса к «жизни», теперь она начинает лечиться в третий раз (Spitzer et al., 1994, pp. 110–111).

Расстройство приспособления с депрессивным настроением

В своей основе **расстройство приспособления с депрессивным настроением** поведенчески неотличимо от дистимии. Отличие состоит в том, что это расстройство длится не дольше шести месяцев и требует наличия в жизни клиента идентифицируемого (предположительно преципитирующего) психосоциального стрессора, который оказал бы воздействие в пределах трех месяцев до начала депрессии. Основанием для постановки клинического диагноза является то, что клиент переживает нарушения в социальном или профессиональном функционировании, а также случай, когда зарегистрированный стрессор (см. главу 4) обычно не считается достаточно серьезным, чтобы можно было объяснить им имеющуюся у клиента депрессию. Здесь есть, несомненно, некоторые трудности при определении серьезности стрессора, так как его оценка носит субъективный характер. Кроме того, диагнозом допускается, что проблемы индивида исчезнут с окончанием воздействия, приводящего к стрессу, или по достижении нового уровня приспособления. Есть основания предполагать, что хронические случаи такого рода следует переквалифицировать как дистимию.

Невзирая на определенные проблемы с формальными диагностическими критериями, есть, несомненно, много случаев относительно кратковременной, но умеренно серьезной депрессии (подразумевающей явно дезадаптивное поведение), которая возникает как реакция на стрессовые обстоятельства. (Под этот диагноз, однако, не подпадает неосложненная скорбь в связи с потерей любимого человека.) Следующая выдержка из клинического интервью иллюстрирует расстройство приспособления с депрессивным настроением.

Разбор случая: разводящаяся женщина в состоянии депрессии.

Пациентка: Вы понимаете, доктор, я просто не могу как следует сосредоточиться; я хочу сказать, что не могу играть в карты или даже забываю сделать нужный звонок. Я просто чувствую себя такой расстроенной и несчастной, что мне уже больше ни до чего нет дела.

Доктор: Вы ощущаете, что все это связано в первую очередь с вашими бракоразводными процедурами?

Пациентка: Доктор, это меня так расстроило, мы немножко скопили моими стараниями облигации и деньги. А он [вздох] потребовал половину. Он сказал, что собирается в Сан-Франциско искать работу и будет высылать мне достаточно денег на жизнь. Так что [вздох] я дала ему облигации, и он уехал. Однако все сделал наоборот, отправился к адвокату и подал на развод. Хорошо, но ведь я как-то терпела все это унижение из-за его пьянства и то, что он не приходил ночевать, пропадал неизвестно где, но он отвернулся от меня, развелся со мной. Это просто не укладывается в моей голове. Я хочу сказать, что он разбил мне сердце и разрушил все, а от меня не видел ничего, кроме добра. Я этого просто не понимаю, доктор. Есть вещи, которые люди просто не в состоянии принять. Я не могу поверить в то, что он мог так со мной поступить.

Тяжелое депрессивное расстройство

Диагностические критерии **тяжелого депрессивного расстройства** требуют, чтобы у человека было больше симптомов, чем при дистимии, и чтобы эти симптомы были более стойкими (не перемежаясь периодами хорошего настроения). Человек,

пораженный этим расстройством, на протяжении как минимум двух недель бóльшую часть дня должен испытывать либо отчетливо депрессивное настроение, либо отчетливую потерю интереса к приятному времяпрепровождению. Дополнительно к этому у человека должны быть как минимум четыре из следующих симптомов: 1) утомляемость или потеря энергии; 2) бессонница или чрезмерно длительный сон; 3) пониженный аппетит и значительное снижение веса вне связи с диетой (или, гораздо реже, наоборот); 4) психомоторное возбуждение или заторможенность (замедление умственной и физической деятельности); 5) сниженная способность к мышлению или концентрации; 6) самоуничижение вплоть до провозглашения себя никчемным или виноватым, несоразмерное ни с какими прошлыми прегрешениями, и 7) рекуррентные мысли о смерти или суицидные мысли.

Большая часть этих симптомов (как минимум пять, в том числе либо унылое настроение, либо потеря интереса, либо безразличие к удовольствиям) должна присутствовать в течение всего дня и почти ежедневно на протяжении двух следующих друг за другом недель, прежде чем диагноз окажется уместным. Диагноз тяжелой депрессии не ставится, если пациент когда-либо переживал маниакальный или гипоманиакальный эпизод; в подобном случае текущая депрессия рассматривается как депрессивный эпизод биполярного расстройства, о котором пойдет речь в следующем разделе.

Следует отметить, что депрессия редко, если вообще когда-либо, включая более слабые формы, обходится без значительной тревоги (Akiskal, 1997; Mineka et al., 1998). Как обсуждается в этой главе ниже, проблемы, связанные с сосуществованием депрессии и тревоги и снискавшие в последние годы огромное внимание, чрезвычайно сложны (см. справку 6.2).

Следующая беседа между терапевтом и 34-летней женщиной иллюстрирует сильную депрессию умеренной степени тяжести.

Разбор случая: сильная депрессия.

Терапевт: Доброе утро, как вы себя сегодня чувствуете?

Пациентка: [пауза] Ну, я думаю, что нормально, доктор... Я не знаю, я просто чувствую какую-то вялость.

Терапевт: Вас беспокоит что-то конкретное?

Пациентка: Я не знаю, доктор... все мне кажется бесполезным... ничто больше, по-моему, не заслуживает внимания. Это как будто все, что было красивым, потеряло красоту. Я думаю, что ждала от жизни большего, чем она мне дала. Мне кажется, что продолжать дальше просто нет смысла. Мне кажется, я ни на что не могу решиться. По-моему, у меня то, что вы называете «меланхолией».

Терапевт: Не могли бы вы рассказать мне о ваших чувствах подробнее?

Пациентка: Ну... моя семья возлагала на меня огромные надежды. Думали, что я стану гордостью семьи... они считают, что если я окончила колледж, то все закрутится, а крутиться-то нечему. Я... на самом-то деле ничего ни от кого не жду. Те, кому я верила, оказались не друзьями, а чужими для меня людьми.

Терапевт: Да ну?

Пациентка: Да, у меня была очень хорошая подруга, с которой мы долго были вместе. Она очень много значила для меня... Я считала ее подругой, но теперь она ведет себя со мной как случайная знакомая [слезы].

Терапевт: Как вы думаете, почему так произошло?

Пациентка: Да, это я виновата. Я не могу их обвинять, то есть никого... Я их не стою... Я ничтожество... меня никто не может любить. Я не заслуживаю ни друзей, ни успеха...

Терапевт: Вы не заслуживаете друзей?

Пациентка: Ну... во мне просто нет ничего хорошего. Я неудачница. Я завидовала другим людям. Я не хотела, чтобы им было лучше, чем мне, а когда у них бывали какие-нибудь неприятности, я радовалась... Все мои недостатки лежат на поверхности, и я всем противна. [Тяжело вздыхает.] Я жалкая неудачница... Мне не на что надеяться.

Когнитивные и мотивационные симптомы

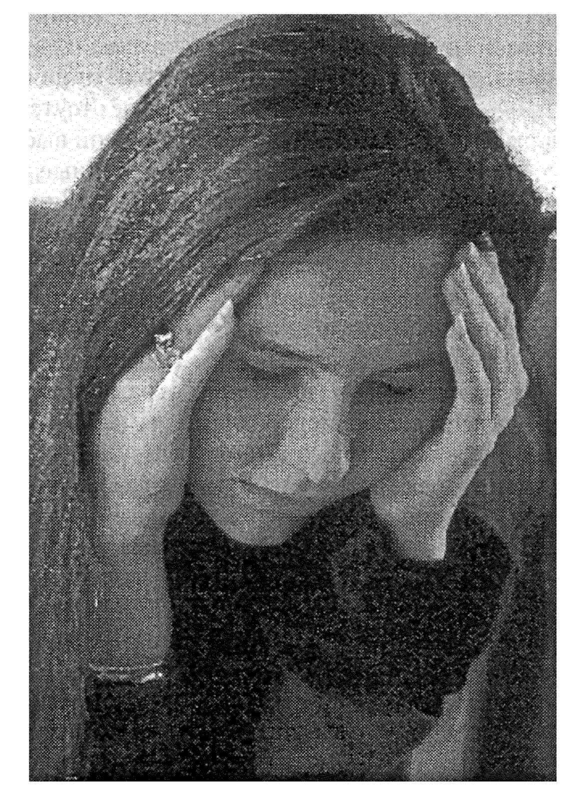
Как показывает эта беседа между женщиной и ее терапевтом, у человека с выраженной депрессией присутствуют не только симптомы, связанные с печальным настроением, но и множество когнитивных и мотивационных симптомов, более тяжелых, чем при менее интенсивных формах депрессии. В данном случае женщина высказывает разнообразные когнитивные искажения, в том числе твердую убежденность в том, что она неудачница и что ее семья думает то же самое. Она колеблется между чувством гнева по поводу друзей и семьи, которые не оправдали ее доверия, и ненавистью к себе в сочетании с самообвинениями. Из-за безнадежного ви́дения собственного будущего она не имеет никакой мотивации к попыткам улучшить свое положение. Ее проблемы с друзьями, которые, как выяснилось, успели отдалиться, обычны для депрессии, потому что, как мы увидим, большинству людей неприятно находиться в обществе депрессивных лиц.

Подтипы тяжелой депрессии

В соответствии с отдельными проявленными паттернами симптомов были выделены несколько подкатегорий тяжелой депрессии. Подобные усилия вызваны главным образом надеждой на выявление причин и эффективных методов лечения различных подтипов. Одной такой подкатегорией в *DSM-IV* является тяжелая депрессия **меланхолического типа**. Это наименование применяется в случаях, когда пациент, помимо того что удовлетворяет критериям тяжелой депрессии, либо утрачивает интерес или перестает получать удовольствие почти от всех видов деятельности, либо не реагирует на обычно приятные стимулы или желанные события. Кроме того, пациент должен страдать хотя бы тремя нарушениями из следующих: 1) раннее утреннее пробуждение; 2) депрессия сильнее выражена в утренние часы; 3) отчетливые психомоторная заторможенность или возбуждение; 4) значительное снижение аппетита и веса; 5) неадекватное или чрезмерное чувство вины и 6) депрессивное настроение, качественно отличное от печали, испытываемой в силу утраты или при немеланхолической депрессии. Данный подтип депрессии больше, чем ее другие формы, связан с генетической отягощенностью (Kendler, 1997). Было также обнаружено, что пациенты с этим подтипом депрессии могут лучше поддаваться электросудорожной терапии или лечению трициклическими антидепрессантами, чем терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (Gitlin, 1996; Roose et al., 1994). Основное теоретическое значение концепции меланхолии состоит в том, что в психиатрической литературе она прочно связана с идеей об *эндогенной каузации*, согласно которой определенные разновидности депрессии вызываются, так сказать, «изнутри» и не связаны с ка-

кими-либо стрессовыми событиями в жизни пациента. В следующем разделе мы остановимся на этом подробнее.

Психотические симптомы, характеризуемые потерей контакта с реальностью и включающие в себя бред (ложные убеждения) и галлюцинации (ложные сенсорные перцепции), иногда могут сопровождать другие симптомы сильной депрессии. В подобных случаях диагноз звучит так: **тяжелый большой депрессивный эпизод с психотическими признаками**. Как правило, любые имеющиеся при этом галлюцинации или бред **конгруэнтны настроению**, то есть представляются в известном смысле «соответствующими» выраженной депрессии в силу негативности их окраски. Дополнительными примерами конгруэнтных настроению бредовых построений могут служить лейтмотивы личного несоответствия, вины, заслуженного наказания, смерти, болезни и тому подобного. Например, бредовая идея о том, что индивиду полностью удалили внутренние органы — идея, которой иногда придерживаются люди, пребывающие в тяжелой депрессии, — увязывается с подавленным настроением индивида. Напротив, идея своей богоизбранности ради выполнения специальной миссии по спасению человечества не согласуется с самоотречением, которое обычно наблюдается при депрессии. Расстроенное мышление последнего типа называется **неконгруэнтным настроению**, то есть речь идет о бредовом мышлении, не согласующемся с господствующим настроением. Мышление, неконгруэнтное настроению, как правило, означает худший прогноз. Психотически депрессивным индивидам более свойственно выказывать те или иные симптомы меланхолии и иметь худший отдаленный прогноз, чем имеют депрессивные индивиды без психотических проявлений (Coryell, 1997).



Человек, страдающий тяжелой депрессией, не только печален, но также демонстрирует множество иных симптомов, такие как чувство никчемности или вины, сниженную способность к мышлению или концентрации внимания, потерю энергии, потерю аппетита и иногда — рекуррентные мысли о смерти или суициде.

Дифференциальная диагностика тяжелой депрессии

Тяжелую депрессию не всегда легко отличить от других форм депрессивного расстройства. У некоторых людей она может сосуществовать с дистимией — состоянием, обозначаемым как «двойная депрессия» (Keller & Shapiro, 1982; Hirschfeld & Hanks, 1997). Двойной депрессией страдают люди, которые пребывают в состоянии хронической умеренной депрессии и чьи проблемы время от времени усугубляются, являя собой «большие» депрессивные симптомы. В клинических выборках дистимиков переживание двойной депрессии представляется распространенным, хотя возможно, что те, кто никогда не обращается за врачебной помощью, испытывают его гораздо реже (Akiskal, 1997). Например, в одной из групп пациентов с подобным диагнозом, обследованной Кляйном, 54% переживали сильный депрессивный эпизод на момент своего обращения за помощью, а 75% упомянули тяжелые депрессивные эпизоды в анамнезе; другими исследованиями была выявлена сопоставимая или даже большая частота двойной депрессии у дистимиков (Keller et al., 1997; Klein et al., 1993). Важно отметить, что из тяжелого депрессивного эпизода выходят почти все лица с двойной депрессией (по крайней мере, на какое-то время), меньше половины из них с тем же успехом оправляются и от дистимического расстройства (Keller et al., 1997).

Депрессия как рекуррентное расстройство

Когда ставится диагноз тяжелой депрессии, то параллельно, как правило, уточняется, о каком эпизоде идет речь — *единичном* (первом) или *рекуррентном* (уже имели место один или несколько эпизодов в прошлом). Этим подчеркивается тот факт, что депрессивные эпизоды обычно ограничены во времени (при средней продолжительности эпизода в случае отсутствия лечения равной, согласно *DSM-IV*, приблизительно 6 месяцам). В большой выборке женщин, страдающих депрессией и не получавших лечения, определенные признаки указывали на значительное время, которое потребуется для спонтанной ремиссии симптомов: финансовые затруднения, обсессивно-компульсивные симптомы, тяжелые стрессовые события в жизни и высокий генетический риск (Kendler, Walters & Kessler, 1997). Однако депрессия часто возвращается после периода как минимум двухмесячной ремиссии симптомов. В последние годы было проведено различие между **рекуррентностью** и **рецидивом**, где последний обозначает возвращение симптомов в течение весьма непродолжительного времени и отражает, вероятно, тот факт, что основной эпизод депрессии еще не исчерпал себя (Frank et al., 1991; Keller et al., 1982). Рецидив может быть достаточно обычным явлением, когда, например, фармакотерапия прекращается преждевременно: после исчезновения симптомов, но до того, как основной эпизод окончательно останется позади (Hollon et al., 1996; Shelton et al., 1991).

Процент пациентов, у которых тяжелая депрессия примет рекуррентное течение, нелегко установить с достаточной точностью; в этом отношении данные исследований сильно расходятся. Опираясь на широкий обзор почти всех исследований, выполненных между 1970 и 1993 годами, Пиччинелли и Уилкинсон (Piccinelli & Wilkinson, 1994) установили, что у 26% пациентов рекуррентные явления возникли в пределах одного года после выздоровления, а у 76% — в пределах 10 лет. В том же обзоре установлено, что при контроле через 5 и 10 лет тяжелая депрессия наблюдается приблизительно у 10–12% пациентов (см. также Kessler et al., 1997).

Есть также данные о том, что вероятность рекуррентности повышается с числом предшествующих эпизодов. И наоборот, можно предположить, что вероятность рекуррентности снижается прямо пропорционально сроку, в течение которого у индивида отсутствует симптоматика. Люди с психотической депрессией несколько больше подвержены рецидивам, чем те, у которых психотическая симптоматика отсутствует, и последующие эпизоды у них, как правило, чаще отличаются психотическими чертами, чем у пациентов, чей первый эпизод не сопровождался психотическими проявлениями (Coryell, 1997).

Людей, страдающих рекуррентной депрессией, при помощи ряда способов можно отличить от тех, кто переживает лишь единичный эпизод. У тех, кто страдает рекуррентной депрессией, болезнь протекает тяжелее не только с точки зрения количества и частоты симптомов, но и суицидных попыток. В их семейном анамнезе также намного чаще присутствует депрессия; у них отмечается больше нарушений в профессиональной и социальной сферах, среди таких лиц выше процент разводов (Merikangas, Wicki & Angst, 1994). Их социальное функционирование тоже в большей мере нарушено в промежутках между эпизодами (Keller et al., 1997).

Большая часть этих данных о частоте рекуррентности получена при обследовании выборок пациентов, получивших лечение, и важно установить, сопоставима ли она с частотой рекуррентности в группах, не подвергавшихся лечению. Изучив большую коммунитарную выборку, Левинзон, Цейсс и Дункан (Lewinsohn, Zeiss & Duncan, 1989) обнаружили, что вероятность рецидива или рекуррентности в течение жизни составила 46% — несколько ниже, чем показатели, предъявленные в большинстве других работ в отношении пациентов, получивших лечение. Молодые люди были больше расположены к рекуррентности. Вероятность ее повышали и стрессовые события в жизни (см. Gotlib & Hammen, 1992).

Традиционно считалось, что в промежутке между эпизодами человек, страдающий рекуррентным тяжелым расстройством настроения, по сути говоря, нормален. По мере поступления новых данных эта точка зрения стала казаться все более спорной (Coryell & Winokur, 1982, 1992), и некоторые ученые допустили возможность того, что большие депрессивные эпизоды оставляют «рубцы», которые подвергают индивида риску рекуррентных эпизодов в будущем. Такими рубцами могут считаться страхи насчет переживания нового депрессивного эпизода, остаточная микросимптоматика, включающая в себя смирение, пессимизм или неуверенность. Данные, подтверждающие гипотезу о рубцах, в настоящее время разноречивы (Klein et al., 1993; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1990). Вероятность того, что депрессия оставит рубцы, может быть особенно высокой для более молодых индивидов и тех, кто пережил многочисленные эпизоды (Gotlib & Hammen, 1992), а также у лиц с меланхолическим подтипом депрессии, которые в промежутках между эпизодами продолжают демонстрировать резидуальную когнитивную и нейропсихологическую недостаточность (Marcos et al., 1994).

Сезонное аффективное расстройство

У некоторых людей, переживающих рекуррентные депрессивные эпизоды, наблюдается сезонный паттерн, обычно известный как **сезонное аффективное расстройство**. Чтобы удовлетворять критериям *DSM-IV* для рекуррентной большой депрессии с сезонным паттерном, человек должен испытать по крайней мере два эпизода

депрессии за последние два года, возникавшие в одно и то же время (чаще всего осенью или зимой), и полная ремиссия тоже должна наступать в один и тот же сезон (обычно весной). Кроме того, за тот же самый двухлетний период у человека не может быть других, внесезонных депрессивных эпизодов, и их сезонный характер должен сохраняться у него большую часть жизни. Данные о распространенности заболевания говорят о том, что зимнее сезонное аффективное расстройство чаще встречается у жителей высоких широт (в северных климатических зонах) и у лиц более молодого возраста. Как будет показано ниже, этому сравнительно недавно идентифицированному подтипу депрессии было посвящено значительное число интересных исследований.

Биполярные расстройства

Как мы видели, вопреки своей кажущейся противоположности, депрессия и мания иногда бывают тесно связанными, а иногда оба состояния наблюдаются одновременно. Как и при униполярных расстройствах, степень тяжести нарушения при биполярных расстройствах простирается от слабой к умеренной и до тяжелой. В диапазоне от слабого до умеренного расстройство известно как *циклотимия*, а от умеренного до тяжелого — как *биполярное расстройство*.

Циклотимия

Как мы отметили, мания в некотором смысле противоположна депрессии. Это состояние подразумевает чрезмерное возбуждение, ликование или эйфорию, и нередко сопровождается завышенным самомнением или величием, а также допущением собственного могущества. К этому часто присоединяются периоды сильнейшей раздражительности (Whybrow, 1997). В своих мягких формах состояние известно как **гипомания**. Уже давно признано, что есть люди, подверженные циклическим переменам настроения с некоторым переизбытком гипомании и депрессии, которые, хотя и значительны, не превращают этих людей в недееспособных индивидов. По существу, это симптомы расстройства, известного как **циклотимия** (см. табл. 6.1).

Изменения в классификации *DSM* отражают современные представления о циклотимии. В *DSM-I* и *DSM-II* этот паттерн входил в категорию личностных расстройств (см. главу 9). В отличие от этого, определения циклотимии, данные



Жители высоких широт (северных климатических зон для живущих в северном полушарии) чаще демонстрируют сезонные аффективные расстройства, при которых депрессия возникает главным образом в осенние и зимние месяцы, а ремиссия наблюдается весной и летом.

в *DSM-III-R* и *DSM-IV*, представляют этот паттерн менее серьезным вариантом тяжелого биполярного расстройства, за исключением некоторых крайних симптомов и психотических черт типа бреда, а также отчетливого нарушения, вызываемого развернутыми маниакальными или большими депрессивными эпизодами. В депрессивной фазе циклотимии настроение индивида снижено и он испытывает отчетливую потерю интереса или не получает удовольствия от обычных дел и времяпрепровождения. Кроме того, у индивида могут отмечаться: неровность сна (слишком долгий или слишком короткий); низкий энергетический уровень; чувство неполноценности; снижение работоспособности, продуктивности, разговорчивости и остроты когниций; социальная замкнутость; ограничение приятных видов деятельности, включая сравнительное отсутствие интереса к сексу; пессимистический и задумчивый настрой; слезливость. Однако количества или стойкости симптомов, переживаемых циклотимиком, недостаточно, чтобы удовлетворять диагнозу тяжелой депрессии (аналогично ситуации при дистимии, за исключением критерия продолжительности).

Симптомы гипоманиакальной фазы циклотимии, по существу, противоположны симптомам дистимии, за исключением нарушения сна, потребность в котором с неизменной очевидностью снижается. Как и при биполярном расстройстве, для резкой смены настроения может не быть никакой видимой причины, и у человека с таким нарушением могут быть значительные периоды между эпизодами, когда он функционирует в относительно адаптивной манере. Однако для постановки диагноза циклотимии должен пройти как минимум двухлетний срок, на протяжении которого будут представлены многочисленные периоды с гипоманиакальными и депрессивными синдромами (для детей и подростков — только год).

Как уже отмечалось, многим клиницистам циклотимия представляется всего лишь смягченным вариантом биполярного расстройства, и факты, подкрепляющие эту точку зрения, в последнее время стали совершенно неоспоримы (Whybrow, 1997). Например, есть люди с циклотимической организацией личности, у которых присутствуют отдельные симптомы циклотимии, но их недостаточно для постановки диагноза. Для таких людей существует высокий риск возникновения эпизодов серьезного расстройства настроения (например, Goplerud & Depue, 1985; Klein & Depue, 1984; Klein, Depue & Slater, 1985, 1986). Используя группу студентов колледжа, исследователи разработали опросную шкалу для гипоманиакальных личностей, по которой можно было отследить (то есть идентифицировать индивидов с соответствующим анамнезом) не только гипоманиакальные эпизоды, но и другие дезадаптивные паттерны, включая депрессию. Эта работа позволяет сделать вывод, что людям с циклотимией присущ особый склад личности, которому свойственны некоторые циклотимические симптомы даже вне гипоманиакального или депрессивного эпизода (см. также Akiskal, Khani & Scott-Strauss, 1979; Akiskal, 1989; Whybrow, 1997).

Циклотимию иллюстрирует следующий случай.

Разбор случая: торговец автомобилями, страдающий циклотимией. 29-летнего торговца автомобилями направила к врачу его подружка, психиатрическая медсестра, которая заподозрила у него расстройство настроения, хотя сам пациент не желал признать себя «человеком настроения». По его словам, он с 14 лет переживает повторяющиеся, чередующиеся циклы, которые он именует «светлой и черной полосами».

В «черную полосу», которая обычно растягивается на четыре–семь дней, он пересыпает и спит по 10–14 часов ежедневно, ему недостает энергии, уверенности и мотивации, он чувствует себя просто «растением», как он выразился. Часто бывает, что он, характерным образом проснувшись рано утром, переходит к трех-четырехдневному периоду, отмеченному сверхуверенностью в себе, повышенной социальной компетентностью, беспорядочностью и обостренным мышлением — «все так и мелькает в уме». В такие периоды он выпивает, чтобы усилить ощущения, но заодно и с целью заснуть. Иногда «светлые полосы» длятся от семи до десяти дней, но достигают кульминации в виде раздраженных и враждебных вспышек, которые часто знаменуют возврат к «черной полосе». Он признает частое употребление марихуаны, которая, по его утверждению, помогает ему «приспособиться» к повседневной рутине.

В годы школьной учебы «отлично» и «хорошо» чередовались у него с «посредственно» и «плохо», из-за чего пациента считали способным учеником, чья успеваемость оставляет желать лучшего из-за «неустойчивой мотивации». Машинами он тоже торгует неровно, уравновешивая «черные полосы» «светлыми»; но даже в лучшие дни иногда пускается в рискованные споры с покупателями и срывает верные сделки. Он, хотя и считается в обществе очаровательным человеком, отталкивает от себя друзей в периоды раздражительности и враждебности. В «черные» дни он, как правило, накапливает социальные долги и отдает их все сразу в первый же день «светлого» периода (Spitzer et al., 1994, pp. 155–156).

Итак, циклотимия сводится к маятникообразным колебаниям настроения, которое на любом из своих полюсов явно дезадаптивно, но симптоматика выражена недостаточно, чтобы удовлетворять диагнозу тяжелого расстройства.

Биполярные расстройства

Несмотря на то что рекуррентные циклы мании и меланхолии были известны еще в VI веке, лишь Крепелиным в 1899 году был введен термин *маниакально-депрессивное помешательство* и уточнена его клиническая картина. Крепелин описал расстройство как серию атак приподнятого настроения и депрессии с периодами сравнительно нормального настроения между ними и в целом благоприятным прогнозом. Сегодня в *DSM-IV* этот недуг называется **биполярным расстройством**.

Биполярное расстройство отличается от тяжелой депрессии наличием хотя бы одного эпизода мании. Любой отдельный эпизод классифицируется как депрессивный, маниакальный или смешанный в соответствии с его преобладающими чертами. Классификация по принципу «депрессивный—маниакальный» является самоочевидной. Смешанный эпизод характеризуется симптомами как маниакального, так и тяжелого депрессивного эпизодов, когда симптомы либо перетасованы, либо резко сменяют друг друга через каждые несколько дней. Некогда считалось, что подобные случаи относительно редки, но в последнее время они признаются относительно частыми (Cassidy et al., 1998).

Даже если у пациента наблюдаются только маниакальные симптомы, считается, что он страдает биполярным расстройством и что депрессивный эпизод в конце концов наступит. Поэтому не существует официально признанных «униполярных» маниакальных или гипоманиакальных аналогов дистимии и тяжелой депрессии. Имплицитное допущение состоит в том, что все маниакальноподобные паттерны поведения должны быть частью циклотимического или биполярного расстройства

или, возможно, существовать в континууме, в котором находят место оба эти состояния. Несмотря на то что отдельные исследователи не исключали возможности существования маниакального расстройства униполярного типа (Andreasen, 1982; Nurnberger et al., 1979), критики этого диагноза утверждают, что у таких пациентов обычно есть родственники, страдающие биполярным расстройством, и у них самих вполне могли иметь место слабые депрессивные состояния, оставшиеся незамеченными (Winokur & Tsuang, 1996).

Биполярное расстройство даже в большей степени, чем тяжелая депрессия, является типичным рекуррентным расстройством; единичные эпизоды крайне редки (Winokur & Tsuang, 1996). Как и при униполярной тяжелой депрессии, рекуррентные эпизоды могут носить сезонный характер, и в этом случае ставится диагноз **биполярного расстройства с сезонным паттерном**. Несмотря на то что у большинства пациентов с биполярным расстройством бывают периоды ремиссии, когда они относительно свободны от симптоматики, у 20–30% таких людей сохраняются значительные нарушения (в профессиональной и/или межличностной сфере) и лабильность настроения. Более того, малое число хронических больных продолжает удовлетворять диагностическим критериям спустя длительные периоды времени, даже годы, иногда вопреки успешному применению всех стандартных методов лечения. Представляют ли собой такие «упорные» случаи фундаментально отличные психопатологические категории, неизвестно (Akiskal & Simmons, 1985).

Признаки биполярного расстройства

Признаки депрессивной формы биполярного расстройства клинически, как правило, неотличимы от таковых при тяжелой депрессии (Perris, 1992; *American Psychiatric Association*, 1994), хотя в некоторых исследованиях сообщается о большей выраженности психомоторной заторможенности, пересыпания и переедания в депрессивной фазе биполярного расстройства (Cassano et al., 1992; Whybrow, 1997). Тем не менее существенным отличием является то, что эти депрессивные эпизоды чередуются с маниакальными. Примерно в двух третях случаев маниакальные эпизоды либо непосредственно предшествуют, либо следуют за депрессивным эпизодом; в других случаях маниакальные и депрессивные эпизоды разделены интервалами относительно нормального функционирования. До разработки современных методов лечения нередко бывало, что с возрастом периоды расстройства постепенно удлинялись, и человек всегда или почти всегда пребывал в той или иной фазе заболевания (Whybrow, 1997).

В *DSM-IV* также идентифицирована форма биполярного расстройства, названная *биполярным расстройством II*, при котором у человека может не быть развернутых маниакальных эпизодов, но бывают отчетливые гипоманиакальные эпизоды (как при циклотимии). То, что это действительно самостоятельное расстройство, следует из данных, согласно которым биполярное расстройство II переходит в биполярное расстройство I (уже описанный тип с развернутыми маниакальными эпизодами, обычно называющийся просто «биполярным расстройством») менее чем в 5% случаев (Coryell, Endicott & Keller, 1987). Если бы биполярное расстройство II было просто смягченным ранним вариантом биполярного расстройства I, то можно было бы ожидать, что такой переход будет происходить гораздо

чаще. На рис. 6.1 проиллюстрированы различные паттерны маниакальных и депрессивных эпизодов, которые можно наблюдать при биполярном расстройстве.

Маниакальные симптомы при биполярном расстройстве склонны принимать крайнюю форму; кроме того, очевидно значительное нарушение профессионального и социального функционирования. Человек, переживающий маниакальный эпизод, пребывает в чрезмерно приподнятом, эйфоричном и общительном настроении, часто прерываемом случайными вспышками раздражительности или даже насилия, особенно когда другие не соглашаются с гротескными построениями и схемами маниакального индивида. Для соответствия диагнозу такое настроение должно продержаться как минимум неделю. Кроме того, в тот же период должны иметь место три или несколько симптомов из следующих: возможна заметная активизация целенаправленной деятельности, которая иногда может выглядеть как непрекращающаяся суетливость, а также возможно ускорение умственной деятельности, когда человек демонстрирует «полет идей» или «скачку мыслей». Кроме того, возможны отвлекаемость, высокая вербальная продуктивность речи или письма, выраженное снижение потребности в сне. Помимо этого, характерно завышенное самомнение, которое в тяжелых случаях становится откровенно бредовым, человек начинает испытывать ощущение невероятного величия и могущества. Наконец, ослабевают личностные и культурные ограничения, так что индивид способен пускаться в глупые авантюры с высокой вероятностью болезненных последствий, таких как нелепые сделки, дорогостоящие кутежи и сексуальная неразборчивость.

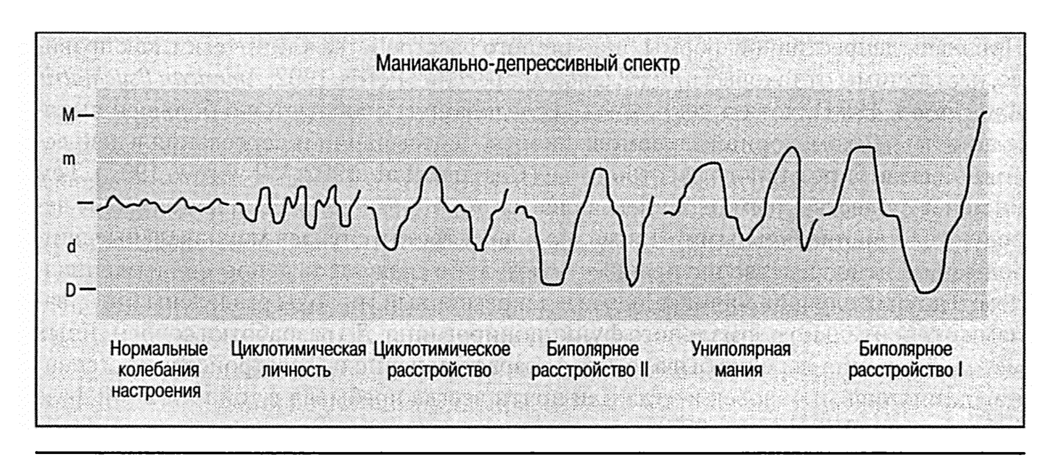


Рис. 6.1. Маниакально-депрессивный спектр

Существует спектр биполярности настроения. У всех нас случаются периоды взлета и упадка настроения, которые мы считаем нормальными колебаниями. Людям с циклотимическим складом личности свойственны более заметные и регулярные колебания настроения, а люди с циклотимическим расстройством переживают периоды, одни из которых удовлетворяют критериям дистимии (за исключением эпизодов двухгодичной продолжительности), а другие — критериям гипомании. У людей с биполярным расстройством II бывают периоды как тяжелой депрессии, так и гипомании. Униполярная мания является крайне редким состоянием. Наконец, у людей с биполярным расстройством I бывают периоды тяжелой депрессии и периоды мании (По Goodwin & Jamison, 1990). *Источник:* Из Frederick K. Goodwin & Kay J. Jamison, *Manic depressive illness.* Copyright © 1990 Oxford university press, Inc. Использовано с разрешения Oxford university press.

Одно из последних исследований с привлечением 237 маниакальных пациентов показало, что некоторые больные во время маниакальных эпизодов сообщают и о примешивающихся депрессивных симптомах: подавленном настроении, тревоге, чувстве вины и суицидных мыслях (Cassidy et al., 1998). Несмотря на то что ни в одном предшествующем исследовании подобные факты не были показаны столь наглядно (за исключением случаев раздражительности), они прекрасно согласуются с данными клинических наблюдений за маниакальными пациентами. Возможным объяснением этого может быть то, что ощущение потери контроля над своими маниакальными действиями и чувствами может порождать дисфорию (Barlow et al., 1996). Создается впечатление, что смешанные эпизоды больше характерны для женщин, чем для мужчин (Leibenluft, 1996).

Приведенная ниже беседа иллюстрирует маниакальный эпизод умеренной степени тяжести. Пациентка — 46-летняя женщина.

Разбор случая: сессия терапии пациентки с умеренно выраженной манией.

Доктор: Здравствуйте, как ваши дела сегодня?

Пациентка: Отлично, прекрасно, а ваши, док? Вы замечательно выглядите. Я в жизни не чувствовала себя лучше. Хорошо бы сейчас пропустить стаканчик. Говорят, вы тут новенький, я вас раньше не видела. И чудесно! Давайте сходим куда-нибудь вечерком, если я уговорю эту старую непотопляемую стерву, мою сестру, вернуть мне платье. У него низкий вырез, так что всем понравится. Даже когда я в этих лохмотьях, все доктора заглядываются на меня. Вы же знаете, я модель. Да, я была лучше всех, постоянно сводила их с ума в Нью-Йорке, Лондоне, Париже. Из Голливуда со мной пытались связаться, хотели подписать со мной контракт.

Доктор: Значит, этим вы и занимались, пока не попали сюда?

Пациентка: Я была королевой общества... принимала королей и президентов. У меня пять взрослых сыновей, и я заездила трех мужей, чтобы их родить... и уже созрела еще для парочки. Другой такой женщины не найти — изящной, смышленой, симпатичной и сексуальной. Вы видите, что это не по мне — занижать свои достоинства. Если ты хороша и знаешь, что хороша, так надо об этом сказать, а я-то знаю, чего стою.

Доктор: Почему же вы в больнице?

Пациентка: Это просто беда. Мои мужья никогда меня не понимали. Я была выше их. Мне нужен кто-то такой же, как я, с блеском, ну, вы меня понимаете; кто-то, кто способен на выдумки, смышленый, толковый. Слушайте, где бы достать здесь выпить, я всегда люблю хлопнуть чуточку перед обедом? Я вам как-нибудь приготовлю блюдо. У меня есть особые рецепты, вы такого никогда не пробовали... соусы, вина, десерты. Дружище, у меня из-за этого аппетит разыгрался. Скажите, чем бы мне здесь заняться, вы не подыскали для меня какого-нибудь дела? Я показывала этим копушам, как застилать постели, но мне хочется чего-то большего, что соответствует моим талантам.

Доктор: А чем бы вам хотелось заняться?

Пациентка: Ну, я подумываю устроить шоу с песнями, танцами, забавами. Я все могу сделать сама, но хочу знать, что вы об этом думаете. Я выпрошу себе водочки на кухне. Попозже я все обдумаю. Знаете, чем нам тут не хватает... так это танцев по вечерам. Я могу играть на пианино и обучать их самым последним танцам. Я везде бываю душой компании, куда бы ни пришла.

Этот случай особенно показателен в отношении завышенного самомнения, характерного для маниакальных индивидов. Склонность к эротическим намекам и нетерпимость к рутине, которые здесь очевидны, тоже частые признаки маниакальных эпизодов.

В связи с тем что у человека, пребывающего в состоянии депрессии, нельзя диагностировать биполярного расстройства, если в прошлом у него не было хотя бы одного маниакального эпизода, многим людям с такими расстройствами в случае, когда первый эпизод или эпизоды являются депрессивными, в начале, а иногда и на протяжении всей жизни, ставится ошибочный диагноз (если не наблюдается и не сообщается ни о каких маниакальных эпизодах или человек умирает до их возникновения). Цифры, полученные в разных исследованиях, сильно варьируют (от 0 до 37,5%), но усредненные показатели, полученные при последнем обзоре, говорят о том, что приблизительно у 10–13% людей с первичным большим депрессивным эпизодом впоследствии разовьется эпизод маниакальный или гипоманиакальный, после чего им будет поставлен диагноз биполярного расстройства I или II (Akiskal et al., 1995).

Такие неправильные диагнозы прискорбны и имеют большое значение, потому что для униполярной и биполярной депрессии предусмотрено различное лечение. Более того, есть информация даже о том, что некоторые антидепрессанты, используемые при лечении того, что было определено как униполярная депрессия, могут ускорять развитие маниакальных эпизодов у пациентов, страдающих пока еще нераспознанным биполярным расстройством, тем самым ухудшая течение заболевания (Goodwin & Ghaemi, 1998; Whybrow, 1997). С другой стороны, ошибочная диагностика автоматически предотвращается, если у пациента сначала проявляются маниакальные симптомы: по определению *DSM-IV*, это должно быть биполярным расстройством даже при условии, что некоторые исследователи, как уже отмечалось, допускают существование очень редкой униполярной формы маниакального расстройства.

Люди с биполярными расстройствами в некоторых отношениях представляются еще более несчастными, чем те, кто страдает от рекуррентной тяжелой депрессии. За свою жизнь они переносят в среднем больше эпизодов, чем лица с униполярным расстройством





Считается, что биполярными расстройствами страдали многие творческие люди, проходя в своем творчестве через периоды высокой продуктивности в маниакальных фазах и зачастую – через непродуктивные периоды, находясь в состоянии клинической депрессии. Двумя такими людьми были немецкий композитор Роберт Шуман (1810–1856) и английская романистка Вирджиния Вульф (1882–1941). Шуман был заключен в приют для душевнобольных в 1854 году и через два года умер. Вульф утопилась.

(хотя эти эпизоды обычно бывают немного короче). Так, согласно *DSM-IV*, более чем у 90% из тех, кто претерпевает один маниакальный эпизод, в дальнейшем разовьются и другие эпизоды (см. также Coryell et al., 1995). От 5 до 10 % лиц с биполярным расстройством ежегодно переживают как минимум четыре или больше эпизодов (либо маниакальных, либо депрессивных) — паттерн, известный как **быстрая цикличность**. Фактически у тех, кто проходит через периоды быстрой цикличности, в год обычно бывает больше четырех эпизодов; в одной клинике по лечению этого состояния среднее их количество составляло 16 эпизодов в год (Whybrow, 1997). Быстрая цикличность чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин, и иногда провоцируется приемом определенных антидепрессантов (Leibenluft, 1996; Whybrow, 1997). К счастью для многих, она представляет собой временное явление и постепенно редуцируется (Coryell et al., 1995).

В целом вероятность «полного выздоровления» от биполярного расстройства (то есть отсутствия симптомов на протяжении периода от 4 до 7 лет) невелика. В одном перспективном исследовании с привлечением свыше 200 пациентов было обнаружено, что у 24% рецидив возник в пределах 6 месяцев после выздоровления; у 77% был как минимум один новый эпизод в пределах 4 лет после выздоровления, а в пределах 7 лет — у 82% (Coryell et al., 1995). Многие из этих рекуррентных состояний развились, несмотря на поддерживающую терапию литием, которая рассматривается в этой главе ниже.

Шизоаффективное расстройство

Иногда клиницистам случается сталкиваться с пациентами, у которых ярко выраженные расстройства настроения достигают степени тяжелого депрессивного и биполярного расстройств, но при этом их интеллектуальные и когнитивные процессы настолько разобщены с реальностью, что наводят на мысль о наличии шизофренического психоза (см. главу 12). Согласно *DSM-IV*, подобные случаи надлежит относить к категории **шизоаффективного расстройства**. Чтобы получить такой диагноз, индивид должен проболеть определенный период времени, одновременно удовлетворяя критериям большого расстройства настроения (униполярного или биполярного) и демонстрируя как минимум два сильно выраженных симптома шизофрении (таких, как галлюцинации и бред). Однако на протяжении как минимум двух недель заболевания он должен выказывать шизофренические симптомы в отсутствие ярких симптомов расстройства настроения, а значительную часть общего периода заболевания удовлетворять критериям последнего. Невзирая на его включение в состав *DSM*, диагноз шизоаффективного расстройства остается спорным. Одни клиницисты считают таких пациентов изначально шизофрениками; другие полагают, что они страдают, главным образом, психотическими расстройствами настроения; а третьи все-таки выделяют это расстройство в качестве самостоятельного, опираясь на последние данные, которые в достаточной мере подтверждают его валидность как отдельной категории (Kendler et al., 1995).

Часто наблюдаемые в таких случаях тяжелые нарушения психологического функционирования, как, например, не конгруэнтные настроению бред и галлюцинации, действительно напоминают явления шизофрении. Однако в отличие от шизофрении, шизоаффективный паттерн обычно бывает в некоторой степени эпизодическим, с относительно хорошим прогнозом для отдельных атак и зачастую — с относительно

светлыми периодами между эпизодами. Хотя ранее считалось, что в прогностическом отношении для шизоаффективных больных существуют сравнительно неплохие шансы на полное выздоровление, недавно опубликованные данные контрольного обследования этих пациентов заставляют серьезно усомниться в такой благоприятной перспективе (Kendler et al., 1995; Winokur & Tsuang, 1996). Согласно *DSM-IV*, прогноз здесь, вероятно, лучше, чем при шизофрении, но значительно хуже, чем при расстройствах настроения (см. также Kendler et al., 1995; Winokur & Tsuang, 1996).

Причинные факторы при униполярных расстройствах

При рассмотрении развития тяжелых расстройств настроения мы вновь стоим перед необходимостью проанализировать возможную роль биологических, психосоциальных и социокультурных факторов. Сначала мы проанализируем, что нам известно о причинах униполярных расстройств, и далее рассмотрим причины биполярных расстройств.

Биологические причинные факторы

Давно было известно, что на настроение может воздействовать множество заболеваний и препаратов, приводящих к депрессии, а иногда — к приподнятому настроению или даже гипомании. Действительно, эта идея восходит к Гиппократу, который предполагал, что депрессия вызывается избытком «черной желчи» в организме (400 г. до н. э.). Поэтому неудивительно, что исследователи стремились отыскать биологическую основу хотя бы некоторых депрессивных расстройств. В попытках установить биологические причины униполярных расстройств ученые рассматривали как генетические и конституциональные факторы, так и нейрофизиологические, нейроэндокринологические и биохимические отклонения. Большое внимание уделялось и нарушениям биологических ритмов, включая эффекты сезонных изменений светового дня.

Наследственные факторы

Среди прямых родственников лиц с клинически диагностированными расстройствами настроения распространенность такого заболевания выше, нежели в общей популяции (например, Plomin et al., 1997). Результаты некоторых исследований говорят о том, что большая распространенность расстройств настроения среди родственников первой ступени особенно относится к эндогенной, или меланхолической, депрессии (по сравнению с другими типами униполярной депрессии), однако в других исследованиях такого различия обнаружено не было (см. Katz & McGuffin, 1993; Plomin et al., 1997). Однако из-за трудности разграничения наследственных и средовых влияний сама по себе большая частота расстройства среди членов семьи никак не может считаться исчерпывающим доказательством генетической каузации.

Возможность умеренной генетической вовлеченности при униполярной депрессии вытекала также из близнецовых исследований. Пломин с коллегами (Plomin et al., 1997) предприняли обзор данных пяти работ, показывавших, что у монозиготных собратьев близнецов, страдающих униполярной тяжелой депрессией, она развивается примерно в 2–4 раза чаще, чем у дизиготных. Однако фактические уровни конкордантности различаются незначительно, по меньшей мере отчасти

из-за различий в диагностических критериях, использованных в разных исследованиях: проблема, которая почти неизбежна, так как критерии изменяются по мере того, как меняются наши представления о диагностических подтипах. Например, в одном большом близнецовом исследовании использовалось множество различных определений «тяжелой депрессии», имевших хождение в разные годы, и было найдено, что показатели наследуемости варьируют в диапазоне от 33 до 45% просто из-за использования различных определений этого понятия. Данные в пользу генетической вовлеченности гораздо менее постоянны в отношении более слабых форм униполярной депрессии, таких как дистимия (Katz & McGuffin, 1993; Plomin et al., 1997; Roth & Mountjoy, 1997). Действительно, в некоторых близнецовых исследованиях не было найдено никаких данных о генетическом вкладе в эти смягченные, но большей частью хронические формы униполярной депрессии.

Несколько лет тому назад в исследованиях расстройств настроения применялся метод усыновления. Если предрасположенность к развитию определенного расстройства имеет наследственный характер, то (по логике) оно должно чаще проявляться среди биологических родственников больных приемных детей, чем среди биологических родственников усыновленных из контрольной группы. Из ограниченного числа опубликованных на сегодняшний день работ подобного рода наибольший интерес вызывает та, где показано, что униполярная депрессия имела место у 2,1% биологических родственников тяжело депрессивных субъектов и у 0,3% биологических родственников контрольных представителей (семикратный прирост); среди биологических родственников депрессивных больных завершенный суицид имел место в 13 раз чаще (3,9%), чем у биологических родственников контрольных индивидов (0,3%) (Wender et al., 1986). Хотя эти различия значительны, реальные цифры, возможно, недооцениваются, так как исследование опиралось исключительно на медицинские документы без проведения прямых интервью и сбора семейного анамнеза.

Несмотря на недостаточные результаты исследований с использованием метода усыновления, основанных на представленных свидетельствах остальных членов семьи и изучении близнецов, определенный генетический вклад в причинные паттерны униполярной тяжелой депрессии весьма значителен, хотя и не настолько, как при биполярном расстройстве (Katz & McGuffin, 1993; Plomin et al., 1997). В нескольких исследованиях было установлено, например, что с генами связано от 33 до 50% изменчивости в тенденции к развитию (то есть в предрасположенности) униполярной депрессии. В то же время при депрессивных расстройствах меньшего масштаба любой генетический вклад бывает достаточно скромным (Roth & Mountjoy, 1997).

Биохимические факторы

Начиная с 1960-х годов большое внимание привлекла точка зрения, согласно которой депрессия может возникать из-за нарушения тонкого баланса нейротрансмиттерных субстанций, которые регулируют и опосредуют деятельность нервных клеток головного мозга (нейронов). Нейротрансмиттеры, высвобождаемые активированным пресинаптическим нейроном, опосредуют прохождение нервных импульсов через синаптическую щель от одного нейрона к другому в составе проводящего нервного пути; они могут либо стимулировать, либо тормозить возбуждение следующего нейрона в цепочке (см. справку 3.1).

Значительное число данных заставляет предположить, что разнообразные методы биологической терапии (обсуждаемые в настоящей главе ниже), к которым часто прибегают при лечении тяжелых расстройств настроения, такие как электросудорожная терапия и назначение антидепрессантов, могут воздействовать на концентрацию или активность нейротрансмиттеров в синапсе и, следовательно, определять степень, в которой отдельные проводящие пути мозга оказываются относительно непостоянными или инертными в передаче сигналов. Действительно, преимущественно случайное открытие этих методов (особенно антидепрессивных препаратов) и первоначальное объяснение их действия стимулировало разработку биохимических теорий этиологии тяжелой депрессии.

Первоначальное внимание в 1960 — 1970-х годах сосредоточилось на трех нейротрансмиттерных субстанциях из класса моноаминов: норадреналине, допамине и серотонине, так как исследователи заметили, что своим эффектом антидепрессивные препараты обязаны, по всей вероятности, повышению их содержания в синаптических соединениях. Это наблюдение привело к рождению моноаминовой гипотезы, согласно которой депрессия, по крайней мере отчасти, связана с абсолютным или относительным истощением одного или всех перечисленных нейротрансмиттеров в важных рецепторных участках головного мозга (Schildkraut, 1965). Это истощение может быть результатом либо нарушенного синтеза этих нейротрансмиттеров в пресинаптическом нейроне, либо ускоренного распада нейротрансмиттеров, уже высвобожденных в синаптическую щель, либо измененной функции постсинаптических рецепторов (Thase & Howland, 1995).

Однако сегодня, спустя 35 лет, понятно, что столь простой механизм вряд ли может дать ответы на интересующие нас вопросы (например, Shelton et al., 1991; Thase & Howland, 1995; Whybrow, 1997). По данным некоторых исследований, например, картина совершенно не соответствует тому, что предсказывалось моноаминовой гипотезой, то есть у депрессивных больных в итоге наблюдается повышение норадреналиновой активности (обзор см. в Thase & Howland, 1995). В дополнение к этому теперь известно и то, что, несмотря на непосредственный кратковременный эффект антидепрессантов, состоящий в повышении содержания норадреналина и серотонина, долгосрочным эффектом этих препаратов (при котором начинает проявляться их реальное клиническое действие, что происходит спустя 2–4 недели) оказывается функциональное *снижение* содержания норадреналина и серотонина, наступающее из-за снижения числа активных норадреналиновых и серотониновых рецепторов в постсинаптических нейронах, что, в свою очередь, ведет к сокращению количества участков для передачи сигнала.

К сожалению, ранней моноаминовой теории не нашлось достойной альтернативы. Первоначально внимание исследователей переключилось на возможную связь депрессии с аномалиями рецепторных систем (см. справку 3.1), то есть крупных молекул, расположенных на постсинаптическом нейроне, к которым избирательно прикрепляются нейротрансмиттеры, несущие определенную закодированную химическую информацию, что во многом напоминает взаимное соответствие ключа и замка, необходимое для их слаженной работы (Sedvall et al., 1986; Thase & Howland, 1995). Это переключение внимания произошло после открытия того, что антидепрессивные препараты после их применения на протяжении как минимум нескольких недель (достаточно длительного, чтобы наступил терапевтический

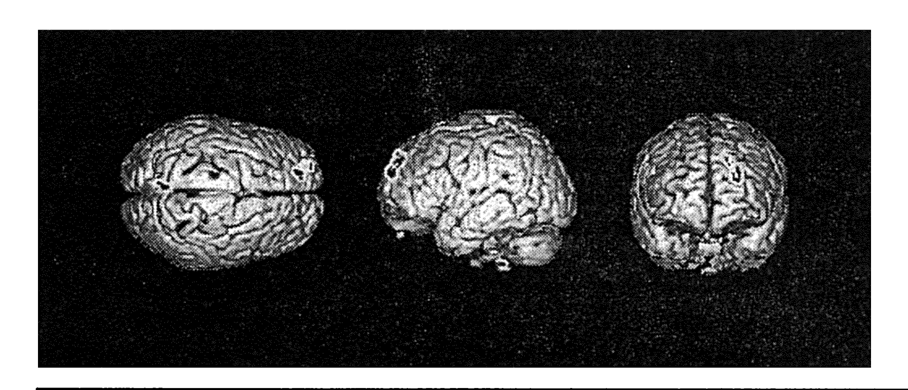
антидепрессивный эффект) снижают количество и чувствительность одних рецепторов и повышают реактивность других (Shelton et al., 1991; Thase & Howland, 1995). К сожалению, плоды таких изысканий не обеспечили каких-либо прочных этиологических выводов. Как мы увидим далее, в последние 15 лет внимание исследователей сосредоточилось на более интегративных теориях, которые не фокусируются исключительно на отдельных биохимических (нейротрансмиттерных) системах, в большей мере рассматривая их взаимодействие, а не отдельные нейротрансмиттеры.

Нейроэндокринные и нейрофизиологические факторы

Много работ было посвящено и возможным нейрофизиологическим и нейроэндокринным (гормональным) воздействиям на отдельные различимые формы расстройств настроения (Checkley, 1992; Shelton et al., 1991; Thase & Howland, 1995). Идеи о гормональных влияниях на настроение имеют долгую историю. Так, одна современная теория (например, Holsboer, 1992; Stokes & Sikes, 1987; Thase & Howland, 1995) рассматривает функции гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, и особенно гормона *кортизола*, который вырабатывается корой надпочечников и контроль над которым осуществляется через сложную систему обратной связи (см. рис. 3.1). Известно, что у 50–60% больных с серьезной депрессией содержание этого вещества в плазме крови повышено (Holsboer, 1992), что, возможно, имеет этиологическое значение. Но еще более любопытен тот факт, что мощному супрессору плазменного кортизола у нормальных индивидов, *дексаметазону*, либо совершенно не удается подавить кортизол, либо не удается поддерживать его супрессию приблизительно у 45% больных с серьезной депрессией (Shelton et al., 1991; Thase & Howland, 1995). Это означает, что у таких «не поддающихся дексаметазоновой супрессии» лиц нарушена деятельность сложной системы обратной связи, участвующей в регулировке работы всей гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси.

Эти данные, по сути своей неоспоримые, несколько лет тому назад послужили толчком к широкому использованию при работе с депрессивными индивидами *теста на дексаметазоновую супрессию (ТДС)*. Сначала предполагалось, что пациенты с отрицательными показателями ТДС, свидетельствующими о недостаточности дексаметазоновой супрессии, образуют среди депрессивных больных отдельную подгруппу, в которую входят лица, страдающие, как иногда называется, «эндогенной», или меланхолической, формой депрессии (Holsboer, 1992). С этой идеей совпали данные о том, что отсутствие супрессии фактически коррелирует с клинической тяжестью (и отмечается у 60–90% лиц, страдающих наиболее тяжелой меланхолической и психотической депрессией). Она коррелирует и с позитивной реакцией на медикаментозное лечение — еще один признак меланхолической депрессии (например, Shelton et al., 1991; Thase & Howland, 1995). Однако со временем стало ясно, что выраженная ее недостаточность имеет место и в нескольких других группах психиатрических больных, что ставит под вопрос специфичность и, следовательно, диагностическую значимость ТДС в отношении депрессии (Goodwin & Jamison, 1990; Thase & Howland, 1995). Это наводит на мысль о том, что отсутствие супрессии может быть просто неспецифическим индикатором генерализованного психического нарушения.

Другой эндокринной системой, имеющей отношение к депрессии, является гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная ось, так как известно, что нарушения в ее ра-



ПЭТ-томограмма из работы Тейза и Хоуленда (Thase & Howland, 1995), на которой видно снижение метаболизма в нижних отделах мозговых полушарий.

боте тоже связаны с расстройствами настроения (Checkley, 1992; Marangell et al., 1997; Thase & Howland, 1995). Например, у людей с низким уровнем тиреоидных гормонов (состояние, известное как *гипотиреоз*) часто развивается депрессия. Кроме того, отсутствие нормальной регуляции этой оси выявляется примерно у 25–40% депрессивных больных с достаточным уровнем тиреоидных гормонов, о чем свидетельствуют анормальные реакции на тиреотропин-рилизинговый гормон, или тиролиберин (который через сложную последовательность этапов приводит к повышению содержания тиреоидных гормонов). В дополнение к сказанному назначение этого тиреотропин-рилизингового гормона улучшает настроение, мотивацию и копинг как у нормальных субъектов, так и у психиатрических больных (Loosen, 1986; Shelton et al., 1991). Однако здесь, как и в случае с тестом на дексаметазоновую супрессию, анормальная реакция на тиреотропин-рилизинговый гормон отмечается также при некоторых других психиатрических и общесоматических заболеваниях, а потому бесполезна в качестве диагностического инструмента (Thase & Howland, 1995).

Другое привлекающее внимание нейропсихологическое исследование последних лет развивалось вслед ранее полученным неврологическим данным, согласно которым к депрессии часто приводят нарушения в передней, или префронтальной, коре левого (но не правого) полушария (возникшие, например, в результате инсульта) (например, Robinson & Downhill, 1995). Это привело к идее о том, что депрессия у людей без поражений головного мозга может быть тем не менее связана со снижением мозговой активности в этой зоне. Данная идея была подтверждена в нескольких недавних работах. При измерении электроэнцефалографической (ЭЭГ) активности обоих полушарий головного мозга можно наблюдать ее асимметрию, или дисбаланс, в передних (префронтальных) зонах мозга. В частности, у депрессивных пациентов регистрируется сравнительно низкая активность в соответствующих левополушарных областях (Henriques & Davidson, 1991; Davidson, 1998). Кроме того, складывается впечатление, что это может быть маркером риска развития депрессии, так как тот же паттерн обнаруживается у больных, пребывающих в стадии ремиссии (Henriques & Davidson, 1990), как и у детей из соответствующей группы риска (Tomarken, Siemien & Garber, 1994). Данные исследований с исполь-

зованием техник получения изображения мозговых структур, таких как позитронная эмиссионная томография (ПЭТ), также говорят о том, что у тяжелых депрессивных больных имеет место снижение метаболизма в передних (префронтальных) корковых отделах, особенно в левом полушарии головного мозга (обзор см. в Thase & Howland, 1995). Несмотря на то что это сравнительно новая область исследований, она представляется многообещающей в качестве способа выявления лиц из группы риска развития как первоначального, так и рекуррентных эпизодов.

Сон и другие биологические ритмы

Хотя данные о нарушении сна у депрессивных больных поступали с самого начала изучения депрессии, связь некоторых из них с более общими нарушениями биологических ритмов была обнаружена лишь недавно. Как мы увидим, эти связи приводят к некоторым из наиболее интересных современных гипотез о биологической этиологии депрессии.

Сон характеризуется пятью стадиями, которые наступают в относительно неизменной последовательности в течение ночи (стадии 1–4 МДГ-сна и БДГ-сон). БДГ-сон (сон с быстрыми движениями глаз) отличается быстрыми движениями глазных яблок и сновидениями, а также другими соматическими изменениями; первый период БДГ обычно не начинается до окончания первого сонного цикла, который занимает около 75–80 минут сна. У депрессивных пациентов (особенно с признаками меланхолической депрессии) отмечается большое количество нарушений сна, начиная от раннего утреннего пробуждения, периодического пробуждения ночью (плохое поддержание сна) и заканчивая в некоторых случаях нарушением засыпания. Такие изменения имеют место приблизительно у 80% госпитализированных депрессивных больных и примерно у 50% амбулаторных. Более того, исследования, сопровождавшиеся анализом электроэнцефалограмм, показали, что депрессивные больные вступают в первый период БДГ-сна, проспав только 60 минут или меньше (меньше обычных 75–80 минут); кроме того, у них наблюдается более частый БДГ-сон в ранние ночные часы, чем у лиц, не страдающих депрессией. В одном недавнем исследовании было обнаружено, что такие отклонения наиболее свойственны эндогенной депрессии (65%) и менее характерны для неэндогенной тяжелой депрессии (35%) (Rush et al., 1997). Поскольку в первоначальный период ночи обычно бывает самый глубокий сон (стадии 3 и 4), постольку депрессивный индивид получает и меньшее *количество* глубокого сна. Новые сведения говорят о нарушении как ритмов общего цикла сна-бодрствования, так и ритма БДГ-сна (Shelton et al., 1991; Thase & Howland, 1995). Некоторые из указанных нарушений сна сохраняются даже в период ремиссии, а в одной из работ было обнаружено, что отдельные из них имеют место у людей, входящих в группу высокого генетического риска развития депрессии (Lauer et al., 1995).

Циркадные ритмы. Помимо сна, у людей есть много других циркадных (24-часовых, или суточных) циклов, включая температуру тела, наклонность к БДГ-сну, а также секрецию кортизола, тиреотропного гормона и мелатонина (гормона, который вырабатывается в темное время суток шишковидной железой, расположенной в основании мозга). Эти циркадные ритмы контролируются двумя связанными центральными «осцилляторами», которые действуют наподобие внутренних биологических часов. Сильный осциллятор (называемый так из-за своей относи-

тельной невосприимчивости к влиянию окружающей среды) контролирует регуляцию температуры тела, гормонов типа кортизола и ритмов БДГ-сна. Слабый осциллятор (называемый так из-за своей готовности отреагировать на воздействие окружающей среды) контролирует циклы покоя—активности и сна—бодрствования (Goodwin & Jamison, 1990). При обследовании депрессивных больных были выявлены те или иные аномалии этих ритмов, хотя не у всех больных отмечаются аномалии всех ритмов без исключения (Shelton et al., 1991; Thase & Howland, 1995). Несмотря на отсутствие единого мнения о точной природе всех указанных дисфункций, значительное число исследователей поддерживает предположение, что та или иная дисфункция циркадного ритма — это не просто симптом депрессии, а может фактически играть каузальную роль для многих ее клинических проявлений. Две существующие в настоящее время теории, нуждающиеся в дальнейшей проработке, звучат так: 1) при депрессии сглажена величина или амплитуда циркадных ритмов, и 2) при депрессии десинхронизируются разнообразные циркадные ритмы, которые хорошо синхронизированы в норме (Thase & Howland, 1995).

Отдельные теоретики зашли так далеко, что заподозрили в разрегулировке циркадных ритмов исходное биологическое нарушение при депрессии, которое сопровождается нейротрансмиттерными изменениями, вторичными по отношению к расстроенным ритмам (Goodwin & Jamison, 1990; Healy & Williams, 1988). Противоположная точка зрения содержится в утверждении, что при депрессии имеет место разрегулировка одной или нескольких нейротрансмиттерных систем (Siever & Davis, 1985). Считается, что такого рода нарушение нейротрансмиттерной активности повинно, в свою очередь, в изменениях, происходящих в нейроэндокринной системе и циркадных ритмах. Этими теориями можно объяснить многие кажущиеся расхождения в предыдущих литературных данных, но для оценки их валидности потребуется провести гораздо больше исследований (см. Shelton et al., 1991; Thase & Howland, 1995).

Световой день и времена года. Еще одно довольно своеобразное нарушение или аномалию ритмов можно видеть при подтипе униполярной депрессии, известном как *сезонное аффективное расстройство*, рассмотренное ранее. При этом подтипе расстройства настроения значительная часть больных оказывается чувствительной к общему количеству света в окружающей среде (Oren & Rosenthal, 1992) в такой степени, что большинство из них (но не все) испытывают депрессию осенью и зимой, а весной и летом приходят в норму (Wehr et al., 1986; Whybrow, 1997). Изучение животных также показало, что многие сезонные колебания таких основных функций, как сон, активность и аппетит, связаны с продолжительностью светового дня (которая везде, кроме экватора, больше летом, нежели зимой). У депрессивных пациентов с симптомами, соответствующими сезонному паттерну, обычно наблюдаются повышение аппетита и бессонница, а не его снижение в сочетании с бессонницей (Dalgleish Rosen & Marks, 1996). У них также имеются отчетливые нарушения циркадных циклов, проявляющиеся в более слабых, чем у нормальных индивидов, 24-часовых паттернах (Teicher et al., 1997). К настоящему времени выполнено большое число исследований, посвященных пациентам с сезонным аффективным расстройством, в ходе которых продемонстрирована терапевтическая польза контролируемой световой экспозиции, в том числе к искусственному свету

(Oren & Rosenthal, 1992; Dalgleich et al., 1996). Механизмы, посредством которых терапия светом воздействует при сезонном аффективном расстройстве, все еще остаются не до конца понятными, однако исследования, предпринятые в этой сфере, позволяют сделать предположения относительно биологических дисфункций, лежащих в основе данного нарушения, и по-прежнему не опровергнут вывод о том, что такая терапия оказывает влияние через восстановление нормальных биологических ритмов (Fava & Rosenbaum, 1995).

Резюме по биологическим причинным факторам

При общем обзоре биологических факторов, участвующих в тяжелой депрессии (Thase & Howland, 1995), основные данные суммированы в следующем виде.

- Очевидно, что любая простая теория депрессии, подобная ранней моноаминовой теории, не находит подтверждения. Депрессия не вызывается отдельно взятыми дефектами в одной или нескольких нейротрансмиттерных системах. Более того, с учетом гетерогенности униполярной депрессии (включающей, например, дистимию, униполярную депрессию с меланхолическими и психотическими проявлениями или без них) в высшей степени маловероятно, чтобы какая-то отдельная аномалия была обнаружена у всех без исключения больных.
- Тяжелые депрессии (особенно те, что сопровождаются меланхолическими и/или психотическими проявлениями) очевидным образом связаны с многочисленными взаимодействующими нарушениями нейробиологической регуляции, включая нейрохимическую, нейроэндокринную и нейрофизиологическую системы.
- При тяжелых депрессивных синдромах имеется гораздо больше данных в пользу биологических аномалий; малое число последних, если таковые вообще проявляются, отмечается при дистимии и неосложненной тяжелой депрессии (которые при коммунитарных опросах составляют около 75% случаев).
- Некоторые биологические нарушения возникают лишь при наличии у индивида активной депрессии (например, высокие уровни кортизола, неполноценный сон, пониженная активность норадреналина), в то время как другие больше напоминают индивидуальные свойства и сохраняются между эпизодами (например, сокращение периода наступления БДГ и сокращенный глубокий сон).
- Биологические нарушения возникают в нескольких разных функциональных нейробиологических системах. Например, совершенно очевидно, что система поведенческой фасилитации (например, Depue & Spoont, 1986), лежащая в основе реализации влечений, таких как питание, сексуальное поведение, а также более общих паттернов целенаправленного поведения, повреждена у людей со сниженным аппетитом и либидо, которые утратили прежние интересы, в том числе к удовольствиям. Кроме того, при тяжелой депрессии чрезмерно активируется система реагирования на стресс, на что указывает, например, повышенный уровень кортизола. Явно расстроена и регуляция

биологических ритмов. Наконец, исполнительные функции коры, к которым относятся решение проблем и способность к концентрации, также, несомненно, нарушены, что может иметь отношение к обнаруженному снижению физиологической активности в префронтальной области коры левого полушария (подробнее см. в Thase & Howland, 1995).

Психосоциальные причинные факторы

Растущее осознание значимости биологических факторов для этиологии униполярных депрессивных расстройств не означает при этом иррелевантности психосоциальных факторов. На самом деле данные в пользу важности психосоциальных причинных факторов для большинства расстройств настроения по меньшей мере так же весомы, как и данные в пользу биологических факторов. Однако биохимический и психосоциальный подходы к познанию расстройств настроения можно совместить, так как они просто работают на разных уровнях анализа. Как обсуждалось в главе 3, психологические и поведенческие факторы, причастные к возникновению депрессии, в итоге сводимы к комплексу биологических событий в головном мозге и центральной нервной системе, даже если их механизм остается не до конца понятным.

Стрессовые события жизни как причинные факторы

Известно, что психосоциальные стрессоры причастны к возникновению множества расстройств в диапазоне от некоторых тревожных до шизофрении, однако нигде их роль не изучалась столь тщательно, как при униполярной депрессии (например, Kessler, 1997). Действительно, многие исследователи обратили внимание на высокую частотность стрессовых жизненных событий, выступающих для униполярной депрессии преципитирующими факторами (Kessler, 1997). Среди наиболее часто встречающихся провоцирующих депрессию обстоятельств можно отметить:

- Ситуации, ответной реакцией на которые может быть снижение самоуважения, например увольнение или провал на важном экзамене.
- Разрушение значимых планов или возникновение неразрешимой проблемы, например известие об отмене стипендии, на которую вы рассчитывали, надеясь продолжить обучение в аспирантуре.
- Развитие соматического заболевания или аномалии, которое активизирует мысли о распаде и смерти, например рака.
- Единичные стрессоры чрезмерного масштаба, например смерть ребенка для матери.
- Несколько стрессоров, воздействующих один за другим, например разрыв значимых романтических отношений, за которым следует учебная или профессиональная несостоятельность.
- Коварные стрессоры, действующие исподволь и не распознаваемые пораженным индивидом, например совместное проживание с депрессивным больным или физическим инвалидом, которые требуют к себе повышенного внимания.

Наверное, неудивительно, что расставание со значимыми людьми (из-за их смерти, например) прочно связано с депрессией, хотя подобные утраты могут предшествовать и другим расстройствам (Kessler, 1997). Еще одним серьезным стрес-

сором, на который только недавно обратили внимание исследователи, является уход за супругом(ой) с разрушительным заболеванием, таким как болезнь Альцгеймера (ранее известная как сенильная деменция). Известно, что этот стрессор связан с возникновением у ухаживающего как тяжелой депрессии, так и генерализованного тревожного расстройства (например, Russo et al., 1995). Наконец, в последние годы внимание было обращено на тот факт, что иногда люди, страдающие депрессией, сами порождают стрессовые события, отчасти — в качестве побочного продукта своего депрессивного состояния (например, Davila et al., 1995; Hammen, 1991). Депрессия связана, например, с неудовлетворительным решением межличностных проблем (разрешением конфликтов с детьми или между супругами), что, в свою очередь, ведет к появлению ее новых симптомов. Сюда относится и неспособность справиться с обыденными делами, например платить по счетам, что может закончиться неприятностями с телефонными и электрическими компаниями или проблемами с налоговым управлением.

Изучение стресса и начала депрессии осложняется тем, что депрессивные люди отчетливо негативно расценивают себя и окружающий мир (Beck, 1967), а потому их перцепции стресса, по крайней мере в некоторой степени, могут быть не причиной, а *результатом* когнитивных симптомов их расстройства (Kessler, 1997; Monroe & Simons, 1991). Имеется в виду, что из-за пессимистического мировоззрения они могут находить стрессовыми события, которые не счел бы таковыми независимый оценщик (или их товарищ, не страдающий депрессией). Поэтому исследователи разработали более сложные и утонченные методики измерения жизненного стресса, которые не полагаются на самоотчет о степени стрессогенности события, даваемый депрессивным пациентом (например, Brown & Harris, 1978; Dohrenwend et al., 1995; Kessker, 1997). Но по той причине, что эти утонченные стратегии были использованы в сравнительно немногих работах, значительную часть существующих литературных данных о связи депрессии и жизненного стресса, рассмотренную с точки зрения самоотчета, оценить трудно.

В ряде работ с применением упомянутых усовершенствованных измерений жизненного стресса Браун и Харрис (Brown & Harris, 1978, 1989) сделали вывод о том, что депрессия обычно вытекает из одного или нескольких тяжелых стрессовых событий, которые, как правило, подразумевают некую утрату или выпадение индивида из своей социальной сферы. (Любопытно, что события, знаменующие опасность или угрозу, чаще предшествуют, как оказалось, развитию тревожных расстройств [Finlay-Jones & Brown, 1981; Paykel, 1982b].) Действительно, при сравнении частотности такого рода стрессовых событий в жизни депрессивных субъектов с частотностью таковых в жизни контрольных субъектов, не страдающих депрессией, Браун и Харрис (Brown & Harris, 1978) установили, что стрессовые события сыграли каузальную роль в развитии недуга примерно в 50% случаев. В другом усложненном исследовании Доренвенд и коллеги (Dohrenwend et al., 1986) обнаружили, что в году, предшествовавшем первому проявлению депрессии, в жизни депрессивных больных по сравнению с контрольной группой чаще происходили негативные события трех типов. К ним относятся: соматические заболевания и травмы, судьбоносные потери наподобие смерти или развода и события, обрывавшие их социальные связи, например перемена места работы с последующим переездом в другой штат. Недавний литературный обзор, предпринятый Кесслером

(Kessler, 1997), также заставляет предположить, что связь между стрессовыми событиями жизни и депрессией гораздо сильнее у людей, уже испытавших ранее один или несколько эпизодов, чем у лиц, переживающих первый эпизод расстройства.

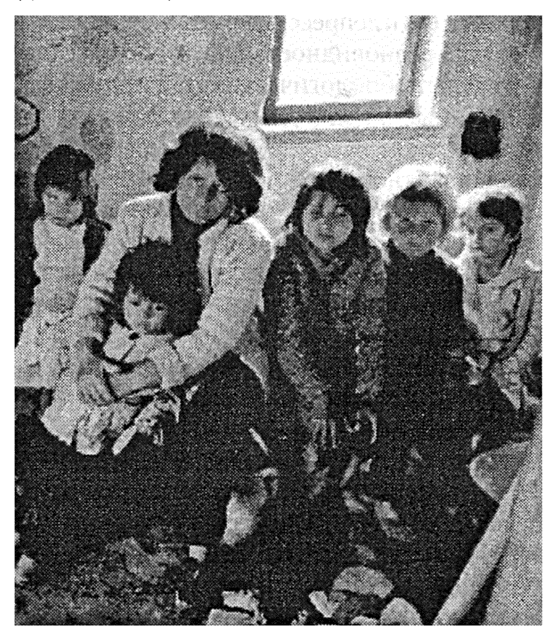
Эндогенная депрессия. В отношении одного подтипа большого расстройства настроения, существование которого формально не признается в *DSM-IV*, но который тем не менее широко обсуждается в литературе — *эндогенной депрессии* — существуют серьезные подозрения, что оно развивается *de novo*, то есть на ровном месте. Если эндогенная депрессия возникает в отсутствие значимых психосоциальных воздействий, то она должна вызываться исключительно внутренними факторами. Эта идея об эндогенной каузации больше всего согласуется с крайним вариантом биомедицинской модели. Однако существуют, по крайней мере, отдельные факты в пользу того, что начало так называемой эндогенной депрессии не слишком отличается от других форм последней с точки зрения частоты их связи с крупными событиями жизни (например, Bebbington et al., 1988). На самом деле трудности, с которыми сопряжено точное определение того, что понимается под эндогенной депрессией, равно как и данные о ее частой связи с преципитирующими жизненными событиями, отчасти могут послужить причиной, по которой она не получила официального признания *DSM-IV* (хотя тяжелая депрессия с меланхолией представляет собой аналогичный конструкт).

Хронические перегрузки. Более спорным является вопрос о наличии связи между депрессией и слабо стрессогенными событиями, а также хроническими перегрузками. Используя усовершенствованные стратегии для оценки жизненного стресса, Браун с коллегами, а также Доренвенд с коллегами (например, Dohrenwend et al., 1995) не нашли связи между дебютом клинической депрессии и мелкими стрессовыми событиями, а также с эпизодическими хроническими нагрузками. Однако в ходе других исследований было обнаружено, что возникновение депрессии может быть связано с мелкими событиями и хроническими перегрузками (например, Bebbington et al., 1988; Billings, Cronkite & Moos, 1983; Lewinsohn, Hoberman & Rosenbaum, 1988). Хотя все эти исследования прекрасно выполнены, их результаты следует интерпретировать с некоторой осторожностью при учете того, что субъекты оценивали стрессовые события уже впоследствии, пребывая в депрессивном состоянии, и это могло изменить их перцепции того, что составляло мелкие жизненные события и хронические перегрузки. При наличии нескольких десятков работ на эту тему лучше всего, наверное, опираться на данные литературного обзора, из которого следует, что хронические стрессоры (такие, как нищета) и мелкие события могут быть связаны с усугублением депрессивной симптоматики, но, видимо, не с тяжелой депрессией (Monroe & Simons, 1991).

Индивидуальные различия в реакциях на стрессоры. Если мы будем исходить из того (а имеющиеся научные данные в целом оправдывают подобный подход), что некоторые люди конституционально больше, чем другие, склонны к развитию расстройств настроения, то представляется разумным предположить, что индивиды, относящиеся к группе высокого риска, должны быть более восприимчивыми к воздействию тяжелых стрессовых событий. Последние данные показали, что, по крайней мере среди женщин, лица, входящие в группу генетического риска развития депрессии, не только переживали более тяжелые стрессовые события жизни (Kendler & Karkowski-Shuman, 1997), но и были более чувствительны к ним (Kendler et al.,

1995). Речь идет о том, что они в 3 раза чаще, чем лица, не входящие в группу генетического риска, реагируют депрессией на тяжелые стрессовые жизненные события. Однако есть данные и в пользу того, что при возникновении одного или нескольких тяжелых жизненных событий значительный процент населения (примерно половина) рискует развитием депрессии (Monroe & Simons, 1991). Например, Браун и Харрис (Brown & Harris, 1978) обнаружили, что среди депрессивных женщин более 60% (по сравнению с 20% среди женщин, не страдавших депрессией) в последние два–шесть месяцев пережили одно или несколько тяжелых событий. Если посмотреть на эту проблему под другим углом, то для лиц, переживших одно тяжелое событие, вероятность возникновения депрессии составляла 50/50, но уже два события повышали ее до 75/25, а три и больше событий сопровождались депрессией у 100% женщин (хотя для этой категории была подобрана очень небольшая выборка). Это говорит о том, что клиническая депрессия может развиться почти у любого человека, пережившего несколько несчастий.

Факторы уязвимости и неуязвимости. Из этих данных, однако, явствует, что депрессия развивается не у каждого человека, пережившего одно или два тяжелых события. Что же делает людей уязвимыми и неуязвимыми? Браун и Харрис (Brown & Harris, 1978) нашли несколько любопытных ответов на этот вопрос в своем классическом исследовании с привлечением женщин, живущих в бедном районе старого Лондона. Для женщин, переживших тяжелое событие, существовали четыре фактора, препятствовавших депрессии: 1) наличие интимных отношений с мужем или любовником, 2) присутствие в доме не более трех детей, 3) частичная или полная трудовая занятость вне дома и 4) наличие глубоких религиозных убеждений. И наоборот, отсутствие близких отношений с мужем или любовником, присутствие в доме троих детей младше пяти лет, отсутствие работы, а также смерть родителей, наступившая в период, когда эти женщины были еще маленькими девочками не старше 11 лет, — ситуации, прочно связанные с возникновением депрессии вслед за переживанием крупного негативного события. Наконец, генетические данные,



Если женщина, живущая в нищете, уже входит в группу генетического риска развития депрессии, то особенно вероятно, что стрессы, связанные с прозябанием в бедности, послужат стимулом к возникновению тяжелой депрессии.

рассмотренные выше, говорят о том, что лица с невысоким риском развития депрессии более стойко переносят воздействия больших стрессоров, тогда как лица с высоким риском оказываются более уязвимыми (Kendler et al., 1995).

Как действуют стрессоры. Один из путей воздействия стрессоров — их влияние на биохимический и гормональный баланс, а также на биологические ритмы (см. главу 4). Резюмируя результаты исследований в этой сфере, Уайброу (Whybrow, 1997) предполагает, что психосоциальные стрессоры способны вызывать стойкие изменения в функционировании мозга и что эти изменения могут играть роль в развитии расстройств настроения. Аналогичное мнение высказывалось и другими ведущими исследователями данного вопроса (Akiskal, 1979; Thase et al., 1985; Thase & Howland, 1995).

Типы диатезно-стрессовых моделей униполярной депрессии

Теперь мы можем перейти к более общему вопросу о механизмах взаимодействия стресса с различного рода факторами уязвимости, приводящего к депрессии. Как отмечалось в главе 3, исследователи-психопатологи долгое время ратовали за использование **диатезно-стрессовой модели** при попытках изучения развития определенных видов психопатологии, например шизофрении, а в более позднее время стали применять ту же модель при рассмотрении депрессии. Идея состоит в том, что люди, у которых в итоге развивается расстройство, в каких-то основополагающих отношениях отличаются от тех, у кого оно не возникает, и это скрытое различие обозначается как диатез (или предрасположенность). Однако среди лиц с диатезом расстройство разовьется лишь у людей, переживших стресс. Первоначально предполагалось, что диатез имеет конституциональную, или биологическую, природу (например, Meehl, 1962; Rosenthal, 1963), но позже исследователи стали также высказывать предположение не о конституциональном, а когнитивном и социальном диатезе к депрессии (например, Abramson et al., 1989, 1995; Metalsky et al., 1982).

Одна разновидность диатезно-стрессовой модели депрессии уже обсуждалась в контексте биологических причинных факторов. Как мы увидели, имеются веские данные в поддержку определенной наследуемости униполярной депрессии. И все-таки даже среди монозиготных близнецов было отмечено лишь около 50% конкордантности, из чего следует, что важная роль в предопределении развития расстройства у лиц с унаследованной предрасположенностью остается за такими факторами окружающей среды, как стрессовые жизненные события. Более того, в настоящее время мы не знаем природы этой генетической предрасположенности. В ее основе может лежать, например, какая-то конституциональная слабость или черта личности.

Личностный и когнитивный диатез. Согласно другой общей разновидности диатезно-стрессовой модели депрессии, в предрасположенности к последней играют роль личностные переменные. В двух обзорах значительного ряда работ, посвященных этой проблеме, исследователи сделали вывод о наличии данных в пользу того, что невротичность является основной личностной переменной, которая выступает в качестве фактора уязвимости перед депрессией (а также тревогой) (Clark et al., 1994; Parker & Hadzi-Pavlovic, 1997).

Невротичность. В настоящее время психологи используют термин *невротичность*, или «негативная аффективность», для обозначения устойчивой и наследу-

емой черты личности, которая подразумевает сензитивность темперамента к негативным стимулам (Tellegen, 1985). Это означает, что люди с высокой выраженностью этой черты склонны испытывать негативное настроение в широком диапазоне, включая не только печаль, но также тревогу, вину и враждебность. Невротичность, помимо того, что служит фактором уязвимости, связана и с худшим прогнозом в отношении полного выздоровления от депрессии. Л. А. Кларк с коллегами (Clark et al., 1994) заключили также, что есть определенные данные (но их меньше, чем для невротичности) в пользу того, что низкие уровни экстраверсии, или позитивной аффективности, тоже могут служить факторами уязвимости перед депрессией. Позитивная аффективность подразумевает расположенность к жизнерадостному настроению, энергичности, отваге, гордости, энтузиазму и уверенности в себе; люди, у которых этот параметр невысок, обычно бывают апатичными, лишенными энтузиазма, скучными, вялыми и занудными. Поэтому неудивительно, что это может предрасположить их к депрессии.

Есть несколько других параметров личности и разновидностей когнитивного диатеза, также связанных с уязвимостью перед депрессией. Они будут подробнее обсуждаться позднее, в контексте ее когнитивных теорий. Различного рода когнитивный диатез фокусируется на отдельных негативных паттернах мышления, которые могут быть у людей, склонных к депрессии и которые еще больше располагают их к ней при соприкосновении с одним или несколькими стрессовыми событиями. Например, те люди, которые приписывают негативные события внутренним, стабильным и глобальным причинам, могут быть больше расположены к депрессии, чем те, кто относит те же самые события на счет переменчивых и специфических причин (например, Abramson et al., 1978, 1989, 1995). Пессимистическая, или депрессивная, атрибуция при получении плохой оценки на экзамене будет, например, следующей: «Я глуп» (то есть причина внутренняя — Я; стабильная, потому что интеллект не слишком изменяется, и глобальная, ибо глупость затрагивает многие аспекты жизни индивида). Более оптимистическая атрибуция при том же событии такова: «Преподаватель проводил экзамен в плохом настроении и сделал его особенно трудным» (то есть причина внешняя — преподаватель; нестабильная, так как можно надеяться, что он не всегда будет пребывать в плохом настроении, и специфическая, потому что речь идет только об одном преподавателе, который ведет отдельный курс).

Раннее сиротство в качестве диатеза. Еще одна диатезно-стрессовая модель основывается на данных о том, что раннее сиротство в связи со смертью или постоянной разлукой с родителями может породить уязвимость перед депрессией. Некоторые наблюдения на этот счет предоставил Бек (Beck, 1967) в контексте своей когнитивной модели депрессии, хотя подобный диатез можно представить и с точки зрения психодинамики. Серьезные исследования, проведенные с тех пор, подтвердили данное мнение. Например, в классической работе Брауна и Харриса (Brown & Harris, 1978) частотность депрессии была в 3 раза выше у женщин, потерявших матерей в возрасте до 11 лет (см. также Bowlby, 1980). Более того, Браун и Харрис установили и тот факт, что характер утраты (наступившей либо в результате смерти, либо в силу развода или разделения) тоже влиял на тяжесть депрессии в зрелом возрасте. У женщин, понесших утрату в результате смерти, чаще развивалась тяжелая психотическая депрессия, тогда как у тех, кто пережил утрату, вызванную разводом или

разделением, чаще развивалась не столь тяжелая невротическая форма (аналогичные результаты см. также в Barnes & Prosen, 1985; Roy, 1985). Если потеря родителей связана с суицидом, то это, без сомнения, накладывает на осиротевших детей дополнительные проблемы, которые могут проявиться и в зрелом возрасте.

Однако в ряде исследований не было получено никаких данных в пользу того, что ранняя потеря родителей приводит к уязвимости перед депрессией в зрелом возрасте. Так, в обзоре Готлиб и Хаммен (Gotlib & Hammen, 1992) сделан вывод, согласно которому противоречия между данными можно, по-видимому, разрешить, если принять в расчет качество родительской заботы после потери. В случаях, когда оставшийся родитель продолжает исправно заботиться о ребенке, уязвимость перед депрессией может не возникнуть. Если, однако, потеря одного из родителей сопровождается неудовлетворительной родительской опекой, то подобная уязвимость, несомненно, будет сформирована (Bifulco, Brown & Harris, 1987; Harris, Brown & Bifulco, 1986). С более общей точки зрения Кесслер (Kessler, 1997) предпринял обзор данных, согласно которым детские годы депрессивных взрослых нередко отмечены разнообразными бедствиями (начиная от семейных скандалов и заканчивая родительской психопатологией, а также нанесением физического и сексуального ущерба) вне зависимости от потери родителей. Депрессивные взрослые в целом склонны припоминать более напряженные и несчастливые отношения с родителями, чем взрослые, не страдающие депрессией, а матери и сиблинги обычно подтверждают воспоминания депрессивных больных (Brewin, Andrews & Gotlib, 1993). Таким образом, представляется, что плохое качество родительского воспитания в раннем возрасте, независимо от контекста потери родителей, формирует уязвимость перед депрессией в подростковом и зрелом возрасте. Это может быть особенно справедливым по отношению к людям с дистимией, начинающейся в отрочестве, при сравнении их с людьми, страдающими тяжелой депрессией (Lizardi et al., 1995).

Сводная картина диатезно-стрессовых моделей. Для объяснения депрессии было предложено несколько диатезно-стрессовых моделей. Некоторые предполагают наличие генетического, или конституционального, диатеза, который, объединяясь со стрессовыми жизненными событиями, может приводить к депрессии. Из других моделей следует, что такие личностные переменные, как невротичность, или когнитивные особенности — пессимизм или дисфункциональные убеждения, формируют диатез, который, взаимодействуя с негативными событиями жизни, может породить депрессию. Наконец, большого внимания удостоились и те модели, из которых вытекает значимость сиротства или плохого родительского ухода, особенно в раннем детстве. Необходимо сознавать, что ни одна из этих моделей не исключает другой, а некоторые могут просто описывать один и тот же диатез различными терминами или на разных уровнях анализа. Как уже упоминалось выше, невротичность имеет генетическую основу (Carey & DiLalla, 1994), она, как предполагают, коррелирует с пессимизмом (L. A. Clark et al., 1994; Luten, Ralph & Mineka, 1997), и, таким образом, две эти разновидности диатеза могут быть тесно взаимосвязаны. Более того, формирование других разновидностей диатеза убедительно объяснялось плохим родительским уходом и потерей родителей (Beck, 1967; Bowlby, 1980). Следовательно, две эти предполагаемые разновидности диатеза могут отличаться лишь тем, оперируют ли они дистально (плохой родительский

уход) или проксимально (негативные паттерны мышления), когда способствуют возникновению уязвимости перед депрессией.

Теперь мы обратимся к пяти основным психологическим теориям депрессии, снискавшим большое внимание в последние годы.

Психодинамические теории

В своей классической статье «Печаль и меланхолия» (1917) Фрейд отметил важное сходство, рассмотренное выше и существующее между симптомами клинической депрессии и симптомами, наблюдаемыми при оплакивании потери близких. Фрейд и его коллега, Карл Абрахам (Abraham, 1911/1960a, 1916/1960b), высказали гипотезу о том, что, когда умирает близкий человек, скорбящий о нем регрессирует к оральной стадии развития (на которой младенец не в состоянии отличить себя от других) и интроецирует, или инкорпорирует, усопшего, переживая по отношению к себе все те же чувства, что он испытывал к нему. Считалось, что к этим чувствам относятся гнев и враждебность, так как Фрейд полагал, что мы бессознательно питаем негативные чувства к тем, кого любим, — отчасти из-за власти, которую они имеют над нами. Фрейд предполагал, что депрессия также может развиваться в ответ на воображаемые или символические потери. Например, школьница, которая отстает в учебе или терпит фиаско в любви, символически может переживать это как утрату родительской привязанности.

Основное различие, которое Фрейд отмечал между печалью и депрессией, состояло в том, что депрессивные люди обладают более низкой самооценкой и более самокритичны. Он развивал свою гипотезу, предполагая, что эти самообвинения бессознательно направлены на утраченный объект любви (реальный или символический) и не возникают при нормальной скорби, если детство человека было отмечено хорошими отношениями привязанности. Предрасположен к депрессии, напротив, индивид, который либо пережил потерю матери, либо родители не удовлетворяли его младенческие потребности в уходе и любви. В обоих случаях младенец вырастает с ощущением того, что он не достоин любви, обладает невысоким чувством собственного достоинства и будет склонен к депрессии при столкновении с реальными или символическими потерями (Bemporad, 1995).

Последующие теоретики психодинамической ориентации, такие как Кляйн (Klein, 1934) и Якобсон (Jacobson, 1971), даже еще больше, чем Фрейд, подчеркивали важность качества ранних отношений между матерью и младенцем для появления уязвимости (или неуязвимости) перед депрессией. Боулби (Bowlby, 1973, 1980), начинавший как психоаналитик и впоследствии разработавший интегративный подход, известный как теория привязанности, о которой шла речь в главе 3, также активно подтверждал потребность ребенка в надежной привязанности к родительским фигурам, необходимую для сопротивления депрессии (и тревоге) в последующей жизни. Как мы увидели ранее, это положение подкреплено данными многих исследований. Кроме того, Боулби описал два типа личности, которые предрасполагают индивида к депрессии: тревожно привязанный и компульсивно полагающийся на свои силы. Тревожно привязанные люди чрезмерно зависимы от значимых других и боятся быть брошенными; предполагается, что они становятся таковыми из-за мнимого или реального родительского пренебрежения в детстве.

Люди, компульсивно полагающиеся на собственные силы, не имеют большого желания устанавливать межличностные отношения и, вероятно, становятся таковыми из-за критики или отвержения родителей (Ouimette & Klein, 1993). В то же время эти теоретики выделяли в качестве важного аспекта снижение самоуважения или угрозу ему (Bibring, 1953) и оставляли без внимания идею о регрессии к оральной стадии развития (Jacobson, 1971).

Наверное, самой важной заслугой психодинамических подходов в осмыслении депрессии стало представление о важности потери (как реальной, так и символической или воображаемой) для ее возникновения, а также внимание, которое было уделено разительному сходству между симптомами печали и симптомами депрессии (Bowlby, 1980). Даже исследователи, поддерживающие не все положения данных теорий, сочли необходимым, чтобы их собственные представления также способствовали объяснению этих основополагающих наблюдений.

Поведенческие теории

За последние 25 лет было выдвинуто несколько версий поведенческих теорий депрессии. Например, Ферстер (Ferster, 1973, 1974) утверждал, что депрессию можно приравнять к состоянию угашения позитивного подкрепления, то есть к состоянию, при котором реакции индивида больше не приводят к позитивному подкреплению. Он отметил, что это согласуется с идеей о том, что серьезные потери в жизни, которые, как мы знаем, могут ускорять возникновение депрессии, сопряжены зачастую с утратой важных источников подкрепления, как это бывает при завершении значимых отношений, которое сопровождается прекращением дружбы, расставанием с сексуальным партнером. Левинсон (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn et al., 1985; Lewinsohn & Gotlib, 1995) развил эту модель и предположил, что депрессия может возникать, когда поведение индивида больше не влечет за собой привычного подкрепления или вознаграждения, например при потере работы. Фиаско, связанное с получением позитивного подкрепления собственных реакций, или учащение негативных подкреплений ведут, в свою очередь, к сокращению усилий и активности, что еще больше подрывает шансы справиться с неприятным положением и добиться необходимого поощрения. Одной проблемой, способной привести к снижению частоты позитивного подкрепления, является дефицит социальных навыков, который затрудняет получение вознаграждения индивидом, вытекающее из социальных интеракций. Например, человеку с недостаточными социальными навыками и не умеющему, скажем, вести беседу, будет трудно обзавестись друзьями и поддерживать дружбу, а потому он испытывает относительный недостаток вознаграждений, вытекающих из дружеских отношений. Другой проблемой может быть отсутствие подкрепления, вызванное внешними обстоятельствами (например, болезнью, из-за которой приходится сидеть дома). Наконец, одни люди просто находят для себя больше подкрепляющих занятий, нежели другие. В свою очередь, сензитивность людей к подкреплению может измениться по мере того, как они впадают в депрессию, так как потеря удовольствия от привычной деятельности становится ее обычным симптомом. Более того, люди отличаются друг от друга и сензитивностью к негативному подкреплению: некоторые, например, высоко сензитивны к мягкой критике, тогда как другие — нет.

Исследования показывают, что депрессивные индивиды действительно получают меньше позитивных вербальных подкреплений от своих близких, чем выпадает на долю недепрессивных людей, а также меньше социальных подкреплений вообще в своей жизни. Как мы видели, они также чаще переживают негативные события. В целом создается впечатление, что их настроение колеблется в зависимости от частоты как позитивного, так и негативного подкрепления. Они также менее активны и сообщают о меньшем удовольствии от внешне позитивных событий (см. Lewinsohn & Gotlib, 1995; Rehm & Tyndall, 1993).

Хотя многие из этих данных согласуются с поведенческой теорией, они лишь показывают, что депрессивные лица могут отличаться низкой частотой позитивного подкрепления своих реакций (например, вознаграждений, вытекающих из наличия близких друзей) или высокой частотой негативного подкрепления (например, крупными жизненными стрессорами или хроническими перегрузками). Однако на основе этих данных нельзя утверждать, что депрессия *вызывается* этими факторами. Возможно, что эту недостаточность подкрепления депрессивный индивид испытывает из-за уже имеющихся у него первичных симптомов депрессии, таких как низкий уровень энергии и пессимизм (Carson & Carson, 1984). Чтобы подчеркнуть личностные и когнитивные переменные, которые могут взаимодействовать с поведенческими в порождении депрессии, были разработаны другие поведенческие теории (Lewinsohn & Gotlib, 1995).

Когнитивная теория Бека

Одной из самых ярких теорий депрессий, появившихся за предыдущие 30 лет, была теория Аарона Бека, психиатра, который, разочаровавшись в психодинамических теориях депрессии, разработал собственную когнитивную теорию (Beck, 1967). В то время как наиболее заметными симптомами депрессии единодушно считались аффективные или связанные с настроением, Бек предположил, что предварять и порождать их часто могут именно когнитивные симптомы, а не наоборот. Это означает, что если вы думаете о себе как о неудачнике или уроде, то нет ничего удивительного в том, что эти мысли приведут к депрессивному настроению. Согласно Беку, данные



Если кино- или рок-звезда, где бы она ни оказалась, начинает ждать неизменного внимания со стороны обожающих фанатов, то у нее может развиться дисфункциональное (неосознанное) убеждение: «Если я не буду всеобщим любимцем, моя жизнь станет никчемной». Согласно теории Бека, в таком случае при последующем стрессе (особенно, если стрессором оказывается потеря внимания или любви кого-то близкого) может возникнуть склонность к развитию депрессии.

негативные когниции и являются для депрессии главными, в отличие, например, от низкой частоты подкрепления, постулированной поведенческим направлением.

В теории Бека есть несколько важных моментов, на которые необходимо обратить внимание (например, Beck, 1967, 1983; Sacco & Beck, 1995). Во-первых, существуют скрытые **депрессогенные схемы** или **дисфункциональные убеждения**, которые ригидны, экстремальны и контрпродуктивны. Пример дисфункционального убеждения (которого человек может не осознавать): «Если я не буду всеобщим любимцем, моя жизнь станет никчемной». По мнению Бека, с которым согласны и ряд других исследователей, подобное убеждение предрасположит индивида к депрессии, если он воспримет социальное отвержение. Альтернативным образом, когда дисфункциональным убеждением выступает «Если я не буду преуспевать всегда и во всем, то я ничто», у индивида с большой степенью вероятности разовьются депрессивные мысли и депрессивный аффект в случае неудачи.

Считается, что приводящие к депрессии убеждения развиваются в детском и подростковом возрасте в результате общения с родителями и значимыми другими (учителями, сверстниками). К развитию таких депрессогенных схем склонны дети, потерявшие родителей или испытавшие недостаток родительского внимания. Полагают, что схемы или убеждения выступают в качестве скрытого диатеза или уязвимости перед развитием депрессии, хотя при отсутствии серьезных стрессоров они могут дремать годами. Однако когда дисфункциональные убеждения активизируются под действием текущих стрессоров, они, как правило, возбуждают существующие паттерны мышления, порождая паттерн **негативного автоматического мышления**, — мысли, которые зачастую возникают под порогом сознания и подразумевают неприятные пессимистические прогнозы. Обычно эти пессимистические прогнозы сосредоточиваются в трех направлениях, которые Бек называет **негативной когнитивной триадой**: 1) негативные мысли о себе («Я урод», «Я ничтожество», «Я неудачник»); 2) негативные мысли о собственных переживаниях и окружающем *мире* («Меня никто не любит»; «Люди жестоки ко мне») и 3) негативные мысли о собственном *будущем* («Оно безнадежно, потому что ничто не изменится»).

Наряду с дисфункциональными убеждениями, которые, будучи активизированными, актуализируют негативную когнитивную триаду, Бек также постулирует, что негативная триада обычно поддерживается разнообразными когнитивными искажениями или тенденциозностью, к которым относятся:

- *Дихотомические рассуждения по типу «все или ничего»*, которые подразумевают тенденцию мыслить крайними категориями. Кто-то, например, может пренебречь не вполне совершенной работой, сказав: «Если я не могу выполнить ее идеально, то нечего вообще браться за это дело».
- *Селективное абстрагирование*, которое подразумевает тенденцию фокусироваться на каком-то одном негативном аспекте ситуации, одновременно игнорируя все прочие элементы. Кто-то может сказать: «Сегодня был скверный день: нечему было ни улыбнуться, ни порадоваться» не потому, что это правда, а потому, что он избирательно запомнил не позитивные, а негативные события.
- *Произвольные заключения*, которые подразумевают скоропалительные выводы, основанные на минимальных доказательствах или совсем бездоказательные. Депрессивный человек после того, как у него не получится первое

домашнее задание, данное когнитивным терапевтом, может сказать: «Эта терапия мне никогда не поможет».

- *Сверхобобщения*, которые подразумевают тенденцию делать глубокие выводы, исходя из единичного, возможно, весьма незначительного, события. Некто, допустив одну ошибку, может сказать: «Я вечно все делаю неправильно». (Примеры взяты из Fennell, 1989, p. 193.)

Легко увидеть, как каждое из этих когнитивных искажений поддерживает негативную когнитивную триаду. Речь идет о том, что если в содержании ваших мыслей относительно ваших взглядов на себя, свой мир и свое будущее превалирует негативная сторона и вы тяготеете к преуменьшению всего положительного, что происходит с вами, или к негативным выводам, основанным на минимальных доказательствах, то такие мысли вряд ли исчезнут. Кроме того, в точности так же, как скрытые дисфункциональные убеждения (по типу «Если я не буду всеобщим любимцем, моя жизнь станет никчемной») при активизации вызывают к жизни негативную когнитивную триаду, так и негативное мышление, порожденное негативной триадой, подкрепляет эти скрытые убеждения. Следовательно, все перечисленные компоненты когнитивной теории Бека подкрепляют друг друга, как это показано на рис. 6.2.

Более того, как уже отмечалось, можно ожидать, что эти негативные мысли породят какие-то другие симптомы депрессии, такие как печаль, уныние и отсутствие мотивации.

Личностные переменные как дополнительные факторы уязвимости. Среди людей с наклонностью к депрессии Бек (Beck, 1983)



Рис. 6.2. Когнитивная модель депрессии по Беку

Согласно когнитивной модели депрессии по Беку, некоторые ранние переживания могут вести к формированию дисфункциональных допущений, которые позднее в жизни оставляют человека уязвимым для депрессии в случае, если эти допущения будут активизированы определенными критическими инцидентами (стрессорами). Будучи активизированными, эти дисфункциональные допущения запускают автоматические мысли, которые, в свою очередь, порождают депрессивные симптомы, еще больше разжигающие депрессивные автоматические мысли (по Fennel, 1989).

выделил два отдельных типа. Личностные черты представителей этих типов обусловливают их особую чувствительность к двум разновидностям негативных событий жизни (называемыми *конгруэнтными событиями*). Во-первых, есть люди с высокой *социотропностью*, которые чрезмерно озабочены межличностной зависимостью и слишком чувствительны к межличностным потерям или отвержению. Во-вторых, есть люди высоко *автономные*, чересчур озабоченные всем, что касается достижений, склонные к высокой самокритичности; эти люди особенно чувствительны к неудачам. Огромный интерес представляет то, что указанные два типа личности напоминают те, что были выявлены современными исследователями психодинамического подхода в рамках традиций объектных отношений и эгопсихологии (например, Blatt, 1974; Bowlby, 1980; обзор см. в Ouimette & Klein, 1993).

Проверка этих идей обеспечила достаточно хорошую поддержку гипотезы о том, что высоко социотропные люди особенно уязвимы для негативных межличностных событий (в связи с их сензитивностью к неудачам) и при столкновении с ними склонны впадать в депрессию. Данные, подтверждающие идею о том, что высокоавтономные или самокритичные субъекты особенно подвержены депрессии в ответ на неудачу, отсутствие успеха, не столь постоянны. Однако некоторые свидетельства в пользу этой версии существуют (Blatt & Zuroff, 1992; L. A. Clarket al., 1994; Coyne & Whiffen, 1995). В обоих случаях наиболее точно установленным фактом является то, что указанные личностные переменные могут предсказывать *рецидивы* (надежнее, чем дебют), развивающиеся в ответ на конгруэнтные события (Coyne & Whiffen, 1995).

Оценка теории Бека как описательной теории. На протяжении последних 30 лет было выполнено огромное число исследований с целью проверки других аспектов теории Бека. Как мы увидим в разделе, посвященном лечению, на ее основе была выработана очень эффективная методика лечения депрессии, известная как когнитивная терапия. Кроме того, она была в достаточной мере подтверждена в качестве описательной теории. Депрессивные пациенты значительно более негативны в своем мышлении, чем недепрессивные лица и чем сами они в те моменты, когда не страдают депрессией. Более того, есть доказательства действия когнитивной триады; депрессивные индивиды более негативно думают о себе и окружающем мире, чем недепрессивные, и совершенно негативно — о будущем, особенно их собственном. Представляется, что негативное мышление, которое описывает Бек, имеет место при всех на сегодняшний день изученных подтипах депрессии (см. Clark & Steer, 1996; Haaga, Dyck & Ernst, 1991).

Помимо свидетельств, показывающих, что депрессивным людям свойственны негативные автоматические мысли, вращающиеся вокруг лейтмотивов негативной когнитивной триады, есть некоторые данные в поддержку существования при депрессии когнитивной тенденциозности. Например, депрессивные люди лучше или тенденциозно воспроизводят запомненную негативную информацию, тогда как людям, не страдающим депрессией, свойственна тенденциозность по отношению к позитивной информации. Тенденциозность возникает независимо от отношения информации к автобиографическому материалу (касающемуся их собственной жизни) или ее связи с эмоционально значимыми словами («одинокий», «унылый», «подавленный» против «уверенный», «бурный», «общительный»), предъявленными экспериментаторами (Mathews & MacLeod, 1994; Mineka & Nugent, 1995; Mineka et al.,

1998). В дополнение к этому депрессивные люди больше расположены к негативным выводам, выходящим за пределы информации, представленной в сценарии, чем недепрессивные люди, и недооценивают полученную позитивную обратную связь (Haaga et al., 1991). Легко увидеть, как подобные проявления тенденциозности могут сыграть важную роль в поддержании депрессии. Если вы, например, находитесь в депрессии, а ваша память предвзято оценивает информацию настолько, что вы в первую очередь вспоминаете обо всем плохом, что с вами случалось, то вполне очевидно, что это поддержит или усугубит депрессию. Тиздейл (Teasdale, 1988) назвал это порочным кругом депрессии (см. также Teasdale, 1996).

Оценка каузальных аспектов теории Бека. Хотя исследованиями подтверждается большинство моментов описательных аспектов теории Бека, изыскания, направленные на подтверждение ее *каузальных* гипотез, привели к более разнородным результатам. Например, трудно было найти убедительное подтверждение гипотезы, что депрессогенные схемы, или дисфункциональные убеждения, которые, как считалось, отражают скрытую уязвимость перед депрессией, действительно присутствуют в периоды, когда человек не находится в депрессивном состоянии (либо перед депрессивным эпизодом, либо после выздоровления). Кроме того, проверка каузальной гипотезы теории Бека в отношении начала депрессии также привела к противоречивым результатам. Так, в большинстве работ, где измерялась уязвимость в периоде 1, а субъекты контролировались на протяжении одного или нескольких месяцев, не было обнаружено, что показатель уязвимости, взаимодействуя со стрессовыми событиями жизни, предвещал депрессию в периоде 2. Однако в ряде последних обзоров (Haaga et al., 1991; Kwon & Oei, 1994; Sacco & Beck, 1995) был сделан вывод о том, что до сих пор отсутствует адекватный тест, позволяющий проверить каузальные аспекты теории, и в этой связи отвергнуть их на данном этапе было бы преждевременным.

Теории депрессии на основе феномена беспомощности и безнадежности

Вторая группа взаимосвязанных когнитивных теорий депрессии также инициировала огромное число исследований, проведенных за последние 25 лет. В то время как теория Бека основана на его клинических наблюдениях за первазивными паттернами негативного мышления, отмеченного у депрессивных больных, теория депрессии на основе феномена выученной беспомощности уходит корнями в лабораторные опыты на животных. Мартин Селигман (Seligman, 1974, 1975) первым высказал предположение, что лабораторный феномен, известный как **приобретенная, или выученная, беспомощность**, может оказаться удачной моделью депрессии у животных. В конце 1960-х годов Селигман с коллегами (Maier, Seligman & Solomon, 1969; Overmier & Seligman, 1967) отметили, что лабораторные собаки, подвергнутые сначала неконтролируемым шокам, впоследствии, оказавшись в иной ситуации, где они уже могли контролировать шоки, демонстрировали серьезные дефекты в научении. Подобных дефектов не было у животных, которых с самого начала подвергали такому же числу контролируемых шоков. Важно отметить, что когда животных, испытавших на себе неконтролируемые шоковые воздействия, перемещали в новую ситуацию, где у них появлялась возможность осуществлять над шоками контроль, они даже не пытались попробовать, существует ли какой-либо способ это сделать; вместо этого казалось, что они просто пассивно реагируют на воздействие шока.

Селигман с коллегами предположили, что установленные эффекты можно объяснить гипотезой о выученной беспомощности. Согласно этой гипотезе, когда организм «узнает», что он не обладает контролем над неприятными событиями вроде шока, такая «приобретенная беспомощность» порождает три вида недостаточности. 1) *Мотивационная недостаточность*: если вы уже узнали, что не располагаете контролем, то к чему стараться? Это совпадало с наблюдением, в котором беспомощные животные не выказывали многих реакций по собственной инициативе, они даже не пытались избегнуть шока, когда оказывались в новой ситуации. 2) *Когнитивная недостаточность*: если вы узнали, что не располагаете контролем, то это препятствует реализации в будущем вашего шанса узнать, что вы им располагаете. Это совпадало с наблюдением, в котором собака случайно реагировала так, что ей удавалось избегнуть шока. Даже при этом она как будто не замечала, что такая реакция принесла ей облегчение, и возвращалась к пассивному восприятию шока в ходе последующих испытаний. 3) *Эмоциональная недостаточность*: научение отсутствию контроля приводит к пассивности и, возможно, к депрессии. Именно последнее наблюдение (депрессивный вид животных) приковало к себе внимание Селигмана и в итоге привело к тому, что он выдвинул модель депрессии как результата приобретенной беспомощности.

Последующие исследования показали, что у беспомощных животных отмечаются также низкий уровень агрессии, снижение аппетита и веса, а кроме того, разнообразные физиологические изменения в уровне содержания нейротрансмиттеров. Продемонстрировав, что феномен приобретенной беспомощности возникает у различных видов живых особей, включая людей (Hiroto & Seligman, 1975), Селигман предположил, что приобретенная беспомощность может лежать в основе некоторых типов депрессии у людей. Это означает, что у человека, претерпевающего стрессовые события, над которыми он не располагает контролем, развивается синдром, подобный синдрому беспомощности у животных.

Сходство между депрессией и беспомощностью. Селигман отметил, что симптоматика беспомощности и депрессии во многом похожа. Например, как у беспомощных животных, так и у депрессивных людей наблюдается сниженная инициативность в отношении произвольных реакций, или то, что в литературе о депрессии известно как «паралич воли». Кроме того, и те и другие демонстрируют негативный комплекс когниций, и здесь автор отметил наличие сходства между когнитивной недостаточностью, наблюдаемой у животных, и первазивным негативным мышлением, выявленным Беком.

Идея о главенстве беспомощности в развитии депрессии была не так уж нова, так как исследователи, придерживающиеся разных теоретических направлений, подчеркивали, что в основе депрессивных реакций лежат ощущения беспомощности и безнадежности (например, Bibring, 1953). Однако ни одно из ранних предположений о роли беспомощности для депрессии не было сформулировано в той позволяющей проверку форме, в какой была изложена модель Селигмана. Поэтому неудивительно, что модель депрессии как приобретенной беспомощности привлекла внимание исследователей, ее проверке были посвящены многие работы. Подход с точки зрения беспомощности, равно как и другие подходы к уяснению половых различий при униполярной депрессии, обсуждается в справке 6.1.

Роль стиля атрибуции. К 1978 году накопилось много данных, свидетельствующих в пользу теории беспомощности, равно как и сведений критического характера. Именно в это время Абрамсон, Селигман и Тисдейл (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) опубликовали теорию в ее значительно переработанной версии, где учитывались отдельные критические замечания и в большей мере признавалась определенная сложность человеческих действий перед лицом неконтролируемых событий (сложность, не обязательная для животных). В частности, авторы предположили, что когда на людей обрушиваются неконтролируемые жизненные события, те (по всей вероятности, в отличие от животных) задаются вопросом: почему? Характер **атрибуций**, которые люди допускают по отношению к неконтролируемым событиям, является в свою очередь главным фактором, определяющим, разовьется у них депрессия или нет. Они выделили три группы главных параметров атрибуций: 1) внутренние/внешние, 2) глобальные/специфические и 3) стабильные/нестабильные. Как отмечалось выше, депрессогенная, или пессимистическая, атрибуция негативного события должна быть внутренней, стабильной и глобальной. Если, например, ваш бойфренд обращается с вами плохо и вы делаете вывод: «Так происходит потому, что я уродина и зануда», то у вас гораздо больше шансов заболеть депрессией, чем если бы вы заключили: «Так происходит потому, что он сегодня в плохом настроении из-за провала на экзамене и вымещает это на мне». Более того, как отмечалось ранее в разделе, посвященном диатезу-стрессу, Абрамсон с коллегами также предположили, что людям присущ относительно стабильный и неизменный стиль атрибуции и что те из них, кому свойствен пессимистический, или депрессогенный, стиль, рискуют впасть в депрессию при столкновении с неконтролируемыми негативными событиями. Это означает, что пессимистический стиль атрибуции представляет собой уязвимость, или диатез, в отношении развития депрессии.

С момента своего появления в 1978 году, *усовершенствованная теория беспомощности* повлекла за собой огромное количество исследований. Во многих работах было показано, что депрессивным людям действительно присущ пессимистический стиль атрибуции (например, Abramson et al., 1995; Buchanan & Seligman, 1995). Однако данные в поддержку гипотезы об уязвимости гораздо более разноречивы. Здесь, как и в случае с конструктом уязвимости, предложенным Беком (дисфункциональные установки), данные говорят о том, что пессимистический стиль атрибуции, по-видимому, отступает, когда индивид выздоравливает от депрессии. В этой связи возникает вопрос, не является ли он в большей степени эффектом депрессии, чем фактором уязвимости. Кроме того, к противоречивым результатам привели исследования, посвященные изучению способности данного диатеза предвещать депрессию при взаимодействии с негативными событиями жизни (Abramson et al., 1989; Barnett & Gotlib, 1988b; Peterson, Maier & Seligman, 1993). Однако теория Селигмана, как и теория Бека, достаточно сложна, в результате чего возникли трудности с разработкой для нее критического теста, и это, наверное, до сих пор не было сделано ни в одном исследовании.

Теория депрессии как безнадежности. В 1989 году была предпринята очередная ревизия усовершенствованной теории беспомощности, которая была представлена как *теория безнадежности* (Abramson et al., 1989). При сходстве с ней многих элементов более ранней теории эти авторы предположили, что недостаточно наличия пессимистического стиля атрибуции в сочетании с одним или несколькими

СПРАВКА 6.1

Половые различия при униполярной депрессии

Давно отмечалось, что клиническая депрессия (дистимия или униполярная депрессия) у женщин развивается примерно в два раза чаще, чем у мужчин. Эти различия существуют во многих странах мира за исключением некоторых случаев, наблюдаемых среди населения развивающихся и сельскохозяйственных стран наподобие Нигерии и Ирана. В Соединенных Штатах данное половое различие проявляется в подростковом возрасте и сохраняется до 65 лет, после чего, как складывается впечатление, исчезает. Однако среди школьников депрессия чаще диагностируется у мальчиков, чем у девочек (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

Возникали вопросы насчет того, не являются ли эти различия своего рода артефактом, так как девочки, вступая в подростковый возраст, более охотно отчитываются в своих чувствах, но эта идея не подкрепляется фактами (Brems, 1995; Nolen-Hoeksema, 1990). Какими теориями можно объяснить выявленные закономерности?

Существуют биологические теории. Например, высказывались предположения о том, что половые различия связаны с гормональными факторами. Однако эта гипотеза была не слишком поддержана данными исследований (Brems, 1995; Nolen-Hoeksema, 1990; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Согласно другим биологическим теориям, мужчины и женщины с одним и тем же генетическим диатезом реагируют по-разному. Женщины чаще впадают в депрессию, а мужчины чаще становятся алкоголиками. В исследованиях была также изучена возможность того, что женщины больше предрасположены к депрессии из-за наличия некоего мутирующего гена в X-хромосоме (которых у женщин две, а у мужчин только одна). Однако исследования не подтверждают ни одну из этих биологических гипотез, вынуждая нас переключить внимание на социальные и психологические факторы (Brems, 1995; Nolen-Hoeksema, 1990).

С точки зрения одной из психологических теорий сама особенность роли женщин в обществе располагает их к переживанию недостатка контроля над негативными событиями жизни. Это чувство беспомощности может проистекать из любого или всех перечисленных факторов: нищета; дискриминация на рабочем месте, ведущая к безработице или неполной занятости; относительный дисбаланс власти во многих гетеросексуальных отношениях; частое физическое или сексуальное насилие, направленное против женщин (либо в настоящем, либо в детстве); ролевая перегруженность (например, статус работающей жены и одновременно — матери), а также меньший воспринимаемый контроль над чертами, которые мужчины ценят при выборе спутницы жизни (например, красота, стройность и молодость) (Ben Hamida, Mineka & Bailey, 1998). Есть, по крайней мере, отдельные свидетельства в пользу того, что все эти состояния сопряжены с частотой депрессии, превышающей ожидания. Однако не было установлено, связаны ли их эффекты с чувством беспомощности (Brems, 1995; Nolen-Hoeksema, 1990; Whiffen & Clark, 1997). Тем не менее приведенная гипотеза представляется правдоподобной и нуждается в дальнейших исследованиях, специально предназначенных для ее проверки.

Другая любопытная гипотеза гласит, что женщины иначе, чем мужчины, реагируют на депрессивное настроение, и, возможно, что именно эти другие реакции приводят к различиям в тяжести и продолжительности депрессии у женщин и мужчин. *Руминации* (умственная жвачка) подразумевают такие реакции, как попытки понять причины расстройства; плач, призванный снять напряжение, или разговоры с друзьями о своем состоянии. Известно, что руминации могут поддерживать или усугублять депрессию отчасти путем того, что препятствуют инструментальному поведению (действиям) и эффективному решению межличностных про-

блем (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson, 1993). Более того, сфокусированные на себе руминации заставляют людей чаще вспоминать негативные события, укрепляя тем самым порочный круг депрессии (Lyubomirsky, Caldwell & Nolen-Hoeksema, в печати; Teasdale, 1988).

Мужчины, напротив, когда приходят в депрессивное настроение, чаще прибегают к отвлекающим занятиям, и отвлечение, похоже, снижает депрессию (Nolen-Hoeksema, 1990). Отвлечься можно, например, посетив кинотеатр, занявшись спортом или избегая мыслей о причинах депрессии. Происхождение указанных половых различий в реакциях на депрессию неясно, но если эта гипотеза будет подкреплена данными дальнейших исследований, из нее, несомненно, будет следовать превентивная стратегия для девушек, согласно которой их нужно учить отвлекаться, а не предаваться бесконечным размышлениям в ответ на депрессию.

Наконец, мы должны задуматься, почему половые различия возникают лишь в подростковом возрасте (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994), начиная проявляться между 13 и 15 годами и достигают пика между 15 и 18 (Hankin, Abramson et al., 1998). Известно, что это время стремительных физиологических, средовых и психологических изменений ввергает в хаос многих подростков, но почему же депрессия чаще развивается у девушек? Есть данные, свидетельствующие в пользу того, что развитие вторичных половых признаков психологически оказывается для девочек тяжелее, чем для мальчиков. В этот период неудовлетворенность собственным телом возрастает у женщин и снижается у мужчин; более того, у девочек она теснее связана с самоуважением, нежели у мальчиков. Неудовлетворенность девочек своим телом во многом происходит от осознания разрыва, существующего между присущим нашему обществу идеалом стройного, незрелого женского тела и тем фактом, что они, созревая в сексуальном отношении, полнеют.

Кроме того, это время усиления социализации половых ролей. Девушки, как правило, претерпевают повышенное давление, требующее от них принятия женской половой роли, и если они принимают ее в той или иной степени неуверенно, то могут сформировать предрасположенность к тревоге и депрессии. Но если они не принимают эту роль, то могут, в свою очередь, быть отвергнуты противоположным полом. Данные, согласующиеся с этой гипотезой, говорят о том, что девушки-подростки воспринимают компетентность как помеху и скрывают свой интеллект. Так, в одном исследовании была продемонстрирована значительная позитивная корреляция между *IQ* и депрессией у девушек подросткового возраста. Для мальчиков, напротив, характерна небольшая отрицательная корреляция между *IQ* и депрессией (Block, Gjerde & Block, 1991). Однако предстоит еще выполнить многие исследования, чтобы достаточно четко понять, как возникают половые различия при депрессии в подростковом возрасте. Эти интересные научные предположения станут предметом будущего рассмотрения (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). В настоящее время имеющиеся данные наиболее согласуются с общей идеей о том, что многие гендерные различия в личностном и поведенческом стиле, уже существующие в детстве (девочки, например, менее ассертивны и агрессивны и чаще реагируют в ответ на стресс), оказывают влияние на возникающие проблемы отрочества так, что приводят к повышению риска развития депрессии у девочек-подростков. Например, если девочка вступает в подростковый возраст с менее ассертивным стилем копинга, которому более свойственны руминации, и затем сталкивается с угрозами насилия, оскорбления или располагает ограниченным выбором, или испытывает половую дискриминацию, то она может оказаться менее способной к преодолению трудностей этого периода жизни. И, следовательно, более вероятно, что у нее разовьется депрессия (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994, pp. 438–439).

негативными жизненными событиями, чтобы вызвать депрессию, если сначала не переживалось состояние безнадежности. *Ожидание безнадежности* было определено как восприятие отсутствия контроля над тем, что должно произойти, иными словами, как абсолютная уверенность в наступлении значимого плохого исхода или невозможности глубоко желаемого хорошего исхода. Подобные ожидания сами по себе могут быть достаточным условием для развития депрессии, хотя это заключение может быть справедливым лишь для подмножества депрессивных лиц.

В настоящее время новая теория проходит дальнейшую проверку. Большое лонгитюдное исследование с привлечением учащихся колледжа, которые предположительно входили в группу высокого риска развития униполярной депрессии из-за пессимистического стиля атрибуции и дисфункциональных убеждений, привело к результатам, которые полностью подтверждают отдельные положения данной теории (Alloy & Abramson, 1997). Например, на протяжении двухлетнего контрольного периода у учащихся, входящих в группу высокого риска, эпизод тяжелой депрессии развивался в 7 раз чаще, чем у членов группы малого риска. Более того, учащиеся из группы высокого риска, которым также была свойственна тен-

СПРАВКА 6.2. НА ОСТРИЕ СОБЫТИЙ

Коморбидность тревоги и расстройств настроения

Вопросы о возможности надежной и валидной дифференциации депрессии и тревоги с годами привлекли большое внимание. Однако лишь недавно исследователи сумели значительно продвинуться в своем понимании подлинных масштабов проблемы. Показатели депрессии и тревоги накладываются друг на друга на всех уровнях анализа — в самоотчете пациента, клинических оценках, диагнозе и семейных/генетических факторах (Clark & Watson, 1991a, 1991b; Mineka et al., 1998). Иначе говоря, лица, оценивающие себя высоко по шкале симптомов тревоги, склонны оценивать себя высоко и по шкале симптомов депрессии; так же поступают и клиницисты при оценке этих индивидов. Более того, такое положение наблюдается и на диагностическом этапе. В одном из последних литературных обзоров было констатировано, что свыше половины больных, которым ставится диагноз расстройства настроения, в какой-то момент жизни получает также диагноз тревожного расстройства, и наоборот (Mineka et al., 1998).

Наконец, существуют данные, полученные в ходе генетических и генеалогических исследований, которые указывают на тесное родство между тревожными и депрессивными расстройствами (Clark & Watson, 1991a, 1991b; Kendler et al., 1995; Kendler, 1996; Mineka et al., 1998). Ряд крупных близнецовых исследований и последний литературный обзор показали, что склонность к депрессии и генерализованному тревожному расстройству связаны с одними и теми же генетическими факторами, а средовые переживания определяют, какое именно расстройство разовьется у индивида (Kendler et al., 1992d, 1995; Kendler, 1996). В отличие от этого генетическая связь между паническим расстройством и депрессией, а также между депрессией и другими тревожными расстройствами оказывается более умеренной (Kendler et al., 1995; Mineka et al., 1998).

В настоящее время господствующий теоретический подход к осмыслению взаимного пересечения депрессивных и тревожных симптомов состоит в признании того, что в большинстве методик, призванных измерять оба пакета симптомов, выделяется параметр *негативного аффекта*, имеющий отношение к настроению и личности и включающий в себя такие аффективные состояния, как дистресс, гнев, страх, вина и беспокойство (Clark & Watson, 1991a,

денция к упорному размышлению над своими негативными мыслями и настроением, впадали в депрессию чаще, чем индивиды, не склонные к руминациям. (Похожие результаты см. также в Lynd-Stevenson, 1996.)

Однако приведенные результаты можно считать лишь предварительными, так как до сих пор не представлены доказательства взаимодействия стресса с негативными когнитивными стилями именно в той форме, в какой оно постулировано теорией. Теорию критиковали и за то, что она выдвигает безнадежность в качестве *причины* депрессии (равно как и симптома), тогда как, по мнению большинства исследователей, она является только *симптомом* депрессии. Это аналогично соображениям, высказанным ранее в адрес негативной когнитивной триады Бека и пессимистического стиля атрибуции Селигмана, которые могут быть всего лишь спутниками или коррелятами депрессии, но не ее причинами. Тем не менее в обозримом будущем теория безнадежности, подобно другим когнитивным теориям, несомненно, останется важной сферой исследования. В справке 6.2 рассматривается, каким образом теории беспомощности и безнадежности помогают объяснить частую коморбидность депрессии и тревоги.

1991b; Clark et al., 1994; Tellegen, 1985; Watson et al., 1995a, 1995b). Ни депрессивных, ни тревожных индивидов нельзя различить на основании их выраженного негативного аффекта. Однако исследования продемонстрировали также, что тревогу и депрессию можно различить на основе другого параметра настроения и личности, известного как *позитивный аффект*, который включает в себя такие аффективные состояния, как возбуждение, удовлетворение, интерес и чувство гордости. Депрессивные люди, как правило, отличаются низким уровнем позитивного аффекта, а тревожные индивиды – нет. Это означает, что признаки утомляемости со снижением энергии и энтузиазма, характерные для слабого позитивного аффекта, наблюдаются только у депрессивных индивидов. Кроме того, Кларк и Ватсон показали, что некоторые тревожные (особенно панические пациенты), но не депрессивные люди отличаются повышением еще одного параметра, известного как *тревожное гипервозбуждение*, к симптомам которого относятся сердцебиение, дрожь, головокружение и одышка. Эта тройственная модель тревоги и депрессии объясняет, таким образом, какие черты для них общие (высокий негативный аффект), а какие – различные (низкий позитивный аффект при депрессии и тревожное гипервозбуждение при панике) (Mineka et al., 1998). В каждом из других тревожных расстройств также имеется свой собственный и относительно уникальный компонент (Brown et al., 1998; Mineka et al., 1998; Zinbarg & Barlow, 1996).

Бек и Д. А. Кларк представили данные, согласно которым депрессию и тревогу в известной мере можно разграничить и на основе когниций, демонстрируемых пациентами (D. A. Clark, Beck & Beck, 1994a; D. A. Clark, Steer & Beck, 1994b; Steer et al., 1995). Например, когниции, связанные с утратой, неудачей и безнадежностью, чаще встречаются при тяжелой депрессии и дистимии, чем при паническом расстройстве и генерализованном тревожном расстройстве (хотя при всех этих расстройствах они усилены). Когниции, связанные с угрозой, были значительно усилены при паническом расстройстве (но не при генерализованном тревожном расстройстве) по сравнению с тяжелой депрессией и дистимией.

На диагностическом уровне существует еще ряд признаков коморбидности депрессии и тревоги, которые порождают вопросы о возможных общих и особых причинных факторах. Например, между симптомами тревоги и депрессии обычно существуют отношения последо-

Межличностные эффекты расстройств настроения

Несмотря на отсутствие интерперсональной теории депрессии, сформулированной столь же четко, как и когнитивные теории, за последние два десятилетия тем не менее было выполнено достаточное количество исследований, посвященных межличностным факторам депрессии. Как мы увидим, межличностные проблемы, дефицит социальных навыков могут при депрессии играть иногда каузальную роль. Кроме того, депрессия порождает множество межличностных проблем при общении как с незнакомыми и друзьями, так и с членами семьи (Hammen, 1991, 1995). Мы начнем с обсуждения того, как межличностные проблемы могут сыграть каузальную роль при депрессии.

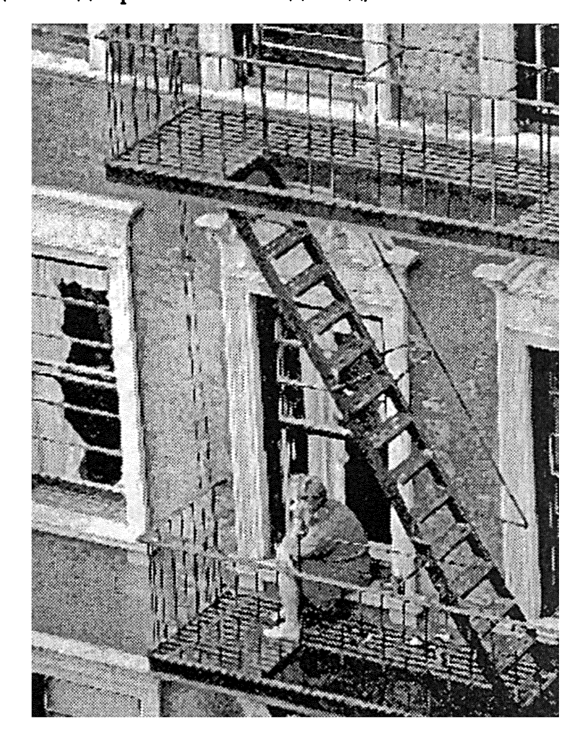
Отсутствие социальной поддержки и дефицит социальных навыков. Ранее мы отмечали, что Браун и Харрис (Brown & Harris, 1978) обнаружили большую уязвимость перед депрессией у женщин, лишенных близких доверительных отношений. С тех пор данные многих исследований подтвердили предположение, что люди, которым недостает социальной поддержки, больше подвержены депрессии и что депрессивные индивиды располагают меньшими и менее суппортивными

вательности. Боулби (Bowlby, 1973, 1980), например, описал двухфазную реакцию на разделение и утрату, при которой первой фазой оказывается фаза ажитации и тревоги, за которой следуют отчаяние и депрессия. На протяжении жизни индивиды чаще переживают сначала тревожное, а затем – депрессивное расстройство, а не наоборот (Alloy et al., 1990; Kessler, 1997; Mineka et al., 1998). Кроме того, есть свои особенности и у коморбидности между депрессией и другими тревожными расстройствами: так, например, с депрессией чаще сочетаются паническое и обсессивно-компульсивное расстройство, чем простая или социальная фобия (Kessler et al., 1996; Mineka et al., 1998).

Аллой с коллегами (Alloy et al., 1990; см. также Mineka et al., 1998) выдвинули расширенную версию модели депрессии как безнадежности, которая объясняет эти и другие особенности коморбидности. В своей модели беспомощности/безнадежности они предполагают, что для тревоги и тревожных расстройств характерно выраженное ощущение беспомощности. Люди, страдающие этими расстройствами, ожидают того, что могут оказаться беспомощными при осуществлении контроля над важными исходами, но также считают, что в будущем такой контроль возможен, и потому обычно испытывают повышенное возбуждение и тревогу, напряженно исследуя окружающую среду в стремлении приобрести его. Если человек убеждается в своей беспомощности по отношению к контролю над значимыми исходами, но все еще не уверен в реальности плохого исхода, то в этом случае, как правило, развивается смешанный тревожный/депрессивный синдром. И наконец, если человек уверен не только в своей беспомощности, но и в неизбежности плохого исхода, беспомощность превращается в безнадежность и наступает депрессия. Аллой с коллегами показывают, каким образом подобное представление может объяснить определенные особенности коморбидности между тревожными и депрессивными расстройствами. Например, отношения последовательности объясняются тем фактом, что индивиду, прежде чем он полностью утратит надежду, необходимо пройти через стадию беспомощности. В отношении некоторых других тревожных расстройств предполагается, что их связь с депрессией может быть прочнее потому, что симптомы самого расстройства (например, обсессивные мысли и компульсии, равно как и панические атаки) настолько неприятны и неподконтрольны, что порождают беспомощность в ее более отчетливой форме и приводят к диагностической картине смешанного тревожно-депрессивного расстройства.

социальными связями (например, Gotlib & Hammen, 1992; Holohan & Moos, 1991). Эти данные опираются не только на негативные тенденциозные самоотчеты, так как были подтверждены не депрессивными членами семей (Billings et al., 1983). Возможно, ограниченность социальных связей предшествует началу депрессии, и, несмотря на то что в период ремиссии депрессивные люди могут поддерживать больше социальных контактов, круг их общения остается более узким, чем у лиц, которые никогда не переживали депрессии. Кроме того, у депрессивных индивидов отмечается дефицит социальных навыков. Они, например, говорят медленнее, монотоннее и хуже поддерживают контакт глаз, а также хуже решают межличностные проблемы, чем недепрессивные люди (например, Gotlib & Hammen, 1992).

Воздействие депрессии на окружающих. Депрессивные люди не только испытывают межличностные проблемы, но, вероятно, усугубляют их своим поведением. Например, поведение депрессивного индивида часто ставит окружающих в положение, которое обязывает их выражать сочувствие, поддержку и заботу. Однако подобное позитивное подкрепление следует не всегда. Депрессивное поведение может вызывать, а со временем часто и вызывает в других людях негативные чувства и отвержение, в том числе у посторонних, соседей по общежитию и супругов (Coyne, 1976; Hokanson et al., 1989; обзоры см. в Gotlib & Hammen, 1992; Nolan, Mineka & Gotlib, представлено на рассмотрение). Действительно, само пребывание рядом с депрессивным индивидом может вызвать у других людей депрессивные чувства или негативный аффект (Howes, Hokanson & Loewenstein, 1995; Joiner & Metalsky, 1995), потерю желания продолжать общение с депрессивным лицом. Если другие люди, с которыми общается депрессивный индивид, склонны испытывать чувство вины, то он может хотя бы на короткое время снискать значительные сочувствие и поддержку. Наиболее часто конечным результатом оказывается сужение отношений, от которых окружающие в конце концов отказываются, заставляя депрессивного человека почувствовать себя еще хуже (например, Coyne, 1976; Joiner & Metalsky, 1995).



Люди, лишенные социальных связей, больше расположены к депрессии при воздействии на них сильных стрессоров. Депрессивные люди, когда они пребывают в состоянии депрессии, располагают меньшими по числу и менее суппортивными социальными связями, что в известной степени сохраняется и в период ремиссии.

Брак и семейная жизнь. В последние годы межличностные аспекты депрессии были подвергнуты тщательному изучению в контексте брачных и семейных отношений. Готлиб и Хэммен (Gotlib & Hammen, 1992) предприняли обзор данных, согласно которому от одной трети до половины случаев дистресса в браке отмечены наличием в супружеской паре как минимум одного члена с клинической депрессией. Кроме того, известно, что данный дистресс прогностически неблагоприятен для депрессивного супруга, у которого симптомы заболевания подверглись ремиссии. Это означает, что человек, вышедший из состояния депрессии, в дальнейшем переживет рецидив, если состоит в неудачном браке (Butzlaff & Hooley, 1998; Hooley & Teasdale, 1989).

Как уже отмечалось, частая сочетаемость брачного дистресса и депрессии может быть следствием того, что поведение депрессивного партнера запускает в мужьях и женах негативный аффект того же типа, что ранее упоминался в связи с посторонними и соседями по общежитию. В обзоре литературы, посвященной этой теме, Готлиб и Хэммен (Gotlib & Hammen, 1992) пришли к выводу, что депрессивные люди и их супруги склонны оценивать свое взаимодействие как напряженное и враждебное, и такое положение часто сохраняется и после выздоровления больного. Но есть данные и о том, что дистресс в браке может с тем же успехом приводить к депрессии, так как часто предшествует депрессивному эпизоду и нередко идентифицируется в качестве фактора, ускоряющего развитие депрессии, а также причины, вынуждающей обратиться за лечебной помощью (см. Gotlib & Hammen, 1992). Данные, таким образом, свидетельствуют в пользу того, что как дистресс в браке может привести к депрессии, так и депрессия способна привести к такому дистрессу. В справке 6.3 «Депрессия и насилие в браке» рассматривается, каким образом депрессия становится поводом к насилию в браке, что тоже случается достаточно часто.

Воздействие депрессии в пределах отдельно взятой семьи распространяется на младенцев, детей и подростков. Депрессия у родителей подвергает детей высокому риску возникновения многих проблем, но депрессии — особенно (Murray et al., 1996; Puig-Antich et al., 1989). Для девочек-подростков она также повышает риск нарушенного поведения (Davies & Windle, 1997). Скептики могут возразить, что подобными исследованиями просто доказывается генетическая передача этих расстройств. Однако генетическая передача как единственное объяснение становится менее вероят-



Во многих супружеских парах, испытывающих дистресс в семейной жизни, клиническая депрессия имеет место как минимум у одного из супругов. Кроме того, в прогностическом смысле дистресс является относительно неблагоприятным для депрессивного супруга.

ной, если учесть, что есть много работ, в которых зафиксированы пагубные эффекты негативных паттернов взаимодействия между депрессивными матерями и их детьми. Депрессивные матери, например, чаще вступают со своими детьми в разногласия и меньше общаются с ними в жизнерадостной, взаимно обогащающей манере (см. Gotlib & Hammen, 1992; Murray & Cooper, 1997). Они также менее чутко прислушиваются к своим младенцам и реже поддерживают их переживания (Murray et al., 1996). Поэтому, несмотря на возможность участия генетически предопределенной уязвимости, можно предположить, что психосоциальные влияния играют более важную роль, и большинство данных указывает на то, что решающее значение для негативных исходов у младенцев и детей играет, скорее, материнский стиль взаимодействия, нежели сами по себе депрессивные симптомы (Murray & Cooper, 1997).

Сводная картина психосоциальных причинных факторов

Причины, вызывающие униполярную депрессию, объясняются многими различными психологическими теориями, начиная от психодинамических и заканчивая когнитивными и интерперсональными. Некоторые из них, как когнитивная теория Бека и пересмотренные теории беспомощности и безнадежности, четко сформулированы посредством диатезно-стрессовых моделей, где диатез имеет когнитивную природу. Психодинамический и интерперсональный подходы подчеркивают важность ранних факторов опыта (например, качество отношений между родителями и ребенком) для возникновения уязвимости перед депрессией. Каждая из этих теорий освещает интересные аспекты каузальных механизмов, приводящих к развитию депрессии. Однако с учетом возможной гетерогенности униполярной депрессии маловероятно, чтобы посредством одной теории удалось успешно объяснить все многообразие причин, по которым при столкновении с сопоставимыми стрессовыми жизненными обстоятельствами депрессия либо развивается, либо нет.

Причинные факторы при биполярном расстройстве

В развитии биполярного расстройства, как и при униполярной депрессии, участвует множество причинных факторов, постулированных на протяжении последнего столетия. Однако очевидное главенство остается за биологическими причинными факторами, тогда как роль психосоциальных причинных факторов была отражена в литературе гораздо скромнее.

Биологические причинные факторы

Наследственные факторы

Как мы уже отмечали, в биполярном расстройстве присутствует генетическая составляющая, которая выражена гораздо сильнее, чем при униполярном расстройстве. Результаты научных исследований, в которых были использованы усовершенствованные диагностические процедуры, говорят о том, что примерно у 9% ближайших родственников лица, страдающего биполярным расстройством, можно ожидать развития того же состояния (вероятность, которая в 9 раз превышает таковую для популяции в целом) (Katz & McGuffin, 1993; Plomin et al., 1997). Кроме того, для таких родственников существует повышенный риск развития униполярной тяжелой депрессии, хотя обратное неверно.

Несмотря на то что сами по себе генеалогические исследования не могут установить генетическую основу расстройства, на его генетическую природу указывают и близнецовые исследования. Уровни конкордантности при биполярном расстройстве гораздо выше для однояйцевых, чем разнояйцевых близнецов (Kallman, 1958; Mendlewicz, 1985; Perris, 1979), а в одной, представляющей особый интерес, работе Бертельзена, Гарвальда и Ходжа (Bertelsen, Harvald & Hauge, 1977) было установлено, что для монозиготных близнецов конкордантность по диагнозу биполярного расстройства (67%) более чем в 3 раза превышает таковую для дизиготных близнецов (20%). Примерно три четверти пораженных болезнью близнецов страдали рас-

СПРАВКА 6.3. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Депрессия и насилие в браке

Между расстройством отношений взрослых и наличием расстройства настроения у одного или обоих супругов существует выраженная конкордантность (Fruzzetti, 1996; Gotlib & Hammen, 1992; O'Leary, Christian & Mendell, 1994). Это расстройство отношений может включать в себя и физическое насилие.

Давно известно, что для людей с расстройствами настроения существует повышенный риск участия в насильственных действиях, в том числе и в семье. Однако вплоть до недавнего времени практически любой такой повышенный риск считался связанным с отсутствием контроля и расторможенностью, что сопряжено с маниакальными или гипоманиакальными эпизодами. Продолжающиеся исследования, начатые в 1980-х годах (например, Maiuro et al., 1988), все больше подвергают сомнению эти взгляды и указывают на причастность депрессивных расстройств ко многим случаям насилия, особенно бытового.

Мужчины, нападающие на жен, и женщины, нападающие на мужчин, но допускающие при этом, как правило, меньшее насилие (Jacobson et al., 1994; O'Leary, 1995), обычно поступают так, желая возбудить страх в партнере, проконтролировать ситуацию, которую они воспринимают как угрожающую их «собственническим» представлениям о партнерстве (например, Maiuro et al., 1988; Murphy, Meyer & O'Leary, 1994; Wilson & Daly, 1996). Такие мужчины, как правило, высоко зависимы от своих партнерш в эмоциональном отношении, хотя могут создавать и обратное впечатление, и плохо переносят их автономность. Скрытое ощущение собственной неполноценности питает отчаянные попытки этих мужчин удерживать контроль над партнерскими отношениями. Результатом слишком часто становится нападение с применением насилия (Murphy, Meyer & O'Leary, 1994).

Многие женатые мужчины, испытывающие в браке дистресс и впадающие в депрессию, ощущают себя «неудачниками» либо хронически, либо в ответ на недавние ситуации, в которых им изменила фортуна. Таким образом, восприятие себя «неудачником» с точки зрения традиционных мужских ценностей, к которым относится удовлетворение экономических нужд семьи, часто становится осложняющим фактором (Pan, Neidig & O'Leary, 1994; Vinokur, Price & Caplan, 1996). Это, равно как и другие дисфункциональные реакции на распадающиеся отношения, также почти всегда ухудшает их положение.

Таким образом, каузальные связи между депрессией, дистрессом в браке и бытовым насилием представляются взаимно подкрепляющими и разнонаправленными по своему характеру. В то же время жертвы физического насилия сами склонны к развитию клинической депрессии (O'Leary, 1995), что уменьшает их шансы предпринять эффективные действия. В случае, когда подобное поведение установилось как паттерн, становится крайне трудно, даже при наличии профессиональной помощи, отделить причину от следствия и восстановить обо-

стройством в той же форме (биполярной), но приблизительно у одной четверти наблюдалось униполярное расстройство. Это исследование говорит о том, что гены ответственны за 80% изменчивости в тенденции к развитию (то есть предрасположенности) биполярного расстройства. Данные показатели выше, чем при униполярном расстройстве или каком-либо ином тяжелом психиатрическом расстройстве у взрослых, включая шизофрению (Torrey et al., 1994). Интересно, что Крепелин (Kraepelin, 1922), первым идентифицировавший маниакально-депрессивное расстройство, также установил, что около 80% его больных были предрасположены к расстройству тем, что на них лежало «пятно наследственности» (Katz & McGuffin, 1993).

юдное понимание, уважение, доверие и эффективное ненасильственное функционирование. К сожалению, как указал Фруззетти (Fruzzetti, 1996), *DSM*, которая рассматривает расстройства как исключительно «внутреннее» состояние индивидов, не позволяет адекватно диагностировать этот распространенный сценарий.

Несмотря на трудности установления первопричины запутанного каузального паттерна, современные исследования часто позволяют говорить о нарушенных процессах ранней привязанности у его участников. Опираясь на работу Боулби (Bowlby, 1980), проведенную в Англии, в последние годы психологи разработали вполне надежные и валидные способы, которыми можно измерить наклонности взрослых индивидов, имеющие отношение к их привязанности (Griffin & Bartholomew, 1994), выделяя обычно три «уровня», подразумевающих важные последствия для отношений в зрелом возрасте. Человек с *надежным* паттерном привязанности спокойно «вступает в контакт» и состыковывается с окружающими на оптимальном уровне интимности и обоюдной независимости. *Ненадежными* паттернами привязанности являются *тревожно-амбивалентный паттерн*, подразумевающий высокую потребность в интимности, переплетенную с тревогой и конфликтной, неустойчивой привязанностью, а также *избегающий паттерн*, который предполагает активное дистанцирование от других людей. Общая гипотеза, которая здесь выдвигается, гласит, что партнеры с ненадежными паттернами привязанности, особенно тревожно-амбивалентной разновидности, значительно рискуют возникновением брачного дистресса, депрессии и бытового насилия.

В поддержку этой гипотезы Война, Озье и Кандела (Woike, Osier & Candela, 1996) недавно продемонстрировали четкие представления о насилии в отношениях (мужчины-злоумышленники, женщины-жертвы) среди юношей и девушек, учащихся колледжа, отличающихся тревожной привязанностью. У девушек с тревожной привязанностью, участвовавших в этом исследовании, образы насилия подразумевали женщин в роли жертв больше, чем у девушек с надежной или избегающей привязанностью. Важность подобных фактов может, однако, выходить за пределы образов, связанных с насилием. Майуро с коллегами (Maiuro et al., 1988) зафиксировали паттерны нарушенной привязанности в выборке мужчин, склонных к бытовому насилию. Более того, трудности в отношениях, связанные с ненадежными паттернами привязанности, могут возникать на раннем этапе романтических встреч, как было продемонстрировано Симпсоном, Роулсом и Филлипсом (Simpson, Rholes & Phillips, 1996) при изучении любовных пар студенческого возраста. Кроме того, Робертс, Готлиб и Кэсселл (Roberts, Gotlib & Kassell, 1996) недавно продемонстрировали то, что причинной связью между ненадежностью привязанности и возникновением депрессивных симптомов является недостаток самоуважения. Как уже отмечалось, депрессивные симптомы в брачном контексте сопряжены со значительно повышенным риском бытового насилия, которое иногда приводит к смертельному исходу.

Данные о повышенной частоте как биполярной, так и униполярной форм расстройства у родственников лиц с биполярным расстройством могут трактоваться по-разному. Согласно одному варианту, биполярное расстройство не дает «здорового потомства», гены, за него ответственные, предрасполагают не только к биполярному, но также к униполярному расстройству. Эта вероятность представляет значительный теоретический интерес, если принять во внимание современную тенденцию лечить униполярное и биполярное расстройства как самостоятельные заболевания. Другие в качестве альтернативы отмечают, что учащение униполярной депрессии у родственников лиц, страдающих биполярным расстройством, в действительности может ненамного превышать ожидаемые случайные показатели, так как униполярное расстройство встречается в общей популяции гораздо чаще, чем биполярное. В последнем случае вывод о том, что биполярное расстройство не дает «здорового потомства», оказывается неправомерным.

Попытки локализации участка хромосомы, ответственного за генетическую передачу биполярного расстройства причастными к нему геном или генами, говорят о вероятной полигенности этого состояния. В целом, по данным ряда литературных обзоров, та или иная специфическая генетическая передача биполярных расстройств до сих пор не нашла надежного подтверждения (например, Goodwin & Ghami, 1998; Plomin et al., 1997).

Биохимические факторы

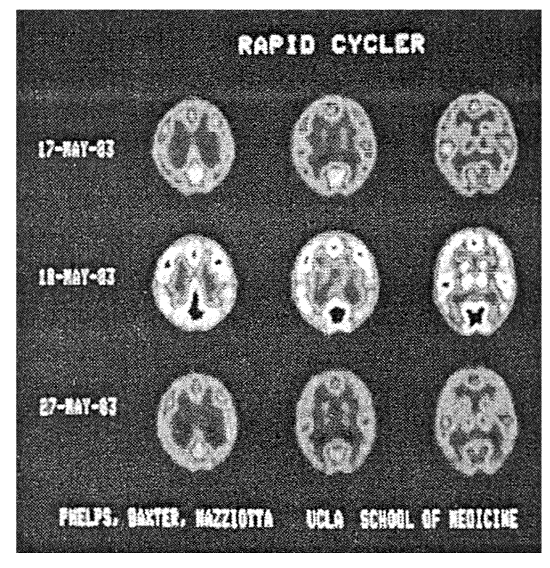
На протяжении нескольких последних десятилетий усилия многих исследователей были направлены на поиск биологического субстрата биполярного расстройства. Обсуждавшаяся выше ранняя моноаминовая гипотеза для униполярного расстройства была распространена на биполярное расстройство. Согласно данной гипотезе, депрессия вызывается недостатком норадреналина/серотонина, в то время как мания, вероятно, вызывается избыточным содержанием этих нейротрансмиттеров. Несмотря на некоторые данные о повышенной активности норадреналина во время маниакальных эпизодов, активность серотонина низка и в депрессивной, и в маниакальной фазе. Несколько позже было высказано предположение, что норадреналин, серотонин и допамин сообща участвуют в регулировании нашего настроения (Whybrow, 1997). Возможно, что несбалансированность указанных нейротрансмиттеров является ключом к пониманию данного разрушительного расстройства, которое отправляет свои жертвы на своего рода эмоциональные «американские горки», однако точный механизм этого остается неясным (Goodwin & Jamison, 1990; Whybrow, 1997). Свидетельство о роли допамина отчасти исходит из наблюдений, согласно которым аддиктивные препараты часто стимулируют в мозге допаминовый центр и центр вознаграждения, порождая поведение, напоминающее маниакальное. Таким образом, представляется, что при мании повышено содержание как допамина, так и норадреналина. Возможно, что именно поэтому антипсихотические препараты (снижающие уровень содержания допамина) помогают смягчить психотическую симптоматику при мании (Whybrow, 1997).

К самым противоречивым вопросам, ответ на который обязана дать любая теория, относится странная способность препаратов лития, наиболее эффективных и широко применяемых в лечении биполярного расстройства, стабилизировать состояние индивидов как с депрессивными, так и с маниакальными эпизодами. Мы

знаем, что литий химически близок к натрию и что натрий играет важную роль в прохождении нервного импульса по аксону. В этой связи возникли вопросы о возможных аномалиях проникновения ионов (например, натрия) через мембраны нервных клеток. Хотя эта аномалия еще не выявлена, исследования показывают, что при биполярном расстройстве такого рода нарушение действительно существует (Goodwin & Jamison, 1990; Whybrow, 1997). Одним из возможных объяснений эффективности лития является то, что он может заменять собой ионы натрия.

Другие биологические причинные факторы

Некоторые исследования, касающиеся гормональных факторов биполярного расстройства, сфокусированы на гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси. Больные с биполярным расстройством в состоянии депрессии демонстрируют анормальные реакции при проведении ранее описанного теста на дексаметазоновую супрессию (ТДС), причем частота этих реакций приблизительно соответствует таковой у пациентов с униполярной депрессией. Однако в маниакальном состоянии частота аномалий была, как правило (но не всегда), гораздо ниже (Goodwin & Jamison, 1990). Помимо этого, исследования посвящены также вопросу аномального функционирования гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси, так как нарушение функций щитовидной железы часто сопровождается изменениями настроения. Небольшие, но значимые аномалии функционирования этой оси отмечаются у многих больных с биполярным расстройством, и известно, что назначение тиреоидных гормонов иногда улучшает действие антидепрессивных препаратов (Goodwin & Jamison, 1990; Whybrow, 1997). Однако гормон щитовидной железы может ускорить развитие маниакальных эпизодов у больных с биполярным расстройством (Wehr & Goodwin, 1987). Наконец, некоторые исследователи предположили, что наиболее эффективные препараты для лечения биполярного расстройства, литий и карбамазепин, могут изменять функционирование этой оси (Goodwin & Jamison, 1990).



На приведенных здесь снимках, сделанных в ходе позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), представлены одни и те же срезы головного мозга у пациента, страдающего биполярным расстройством с быстрой цикличностью. Верхние и нижние срезы соответствуют дням, когда пациент пребывал в депрессивном состоянии; срезы, представленные в центре, соответствуют дню, когда у больного был гипоманиакальный эпизод.

Есть также много данных, свидетельствующих о нарушении биологических ритмов при биполярном расстройстве. При маниакальных эпизодах пациенты, страдающие биполярным расстройством, как правило, очень мало спят (по-видимому, в соответствии с их выбором, а не в связи с бессонницей). Во время депрессивных эпизодов пациенты склонны к гиперсомнии (спят слишком много), но у них не выявляется уменьшение латентного периода БДГ-сна, которое наблюдается у больных с униполярной депрессией (Goodwin & Jamison, 1990; Whybrow, 1997). Кроме того, при биполярном расстройстве иногда, как и при расстройстве униполярном, выявляется сезонный паттерн, что говорит о нарушении различных биологических ритмов, которые тем не менее могут происходить из-за циркадных аномалий. С учетом циклического характера самого расстройства такое внимание к нарушению биологических ритмов представляется перспективным для создания в будущем интегративных теорий относительно биологических причин биполярного расстройства. Это особенно верно по той причине, что больные с биполярным расстройством представляются особенно сензитивными к любым изменениям их ежедневных циклов, требующим изменения их биологических ритмов (Whybrow, 1997). Действительно, Гудвин и Джеймисон (Goodwin & Jamison, 1990) сформулировали смелую гипотезу, заслуживающую дальнейшего изучения: «Генетический дефект при маниакально-депрессивном расстройстве затрагивает циркадный ритм или систему, модулирующую его» (р. 589).

При наличии современной технологии позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) оказалось возможным наблюдение изменений обмена глюкозы, происходящих в мозгу при депрессивных и маниакальных состояниях. Уайброу (Whybrow, 1997) обобщил данные исследований с использованием ПЭТ и других техник, позволяющих получить изображение мозговых структур. Эти данные говорят о снижении мозгового кровообращения в левой префронтальной корковой области при депрессии и в правой фронтальной и височной областях — при мании. При нормальном настроении кровообращение в обоих полушариях мозга приблизительно одинаково. Следовательно, при мании, депрессии и нормальном настроении имеют место специфические паттерны мозговой активности. Приведенный здесь снимок, сделанный при ПЭТ-сканировании пациента с биполярным расстройством, позволяет увидеть дополнительные различия в паттернах мозгового метаболизма глюкозы в маниакальной и депрессивной фазах.

Психосоциальные причинные факторы при биполярном расстройстве

Стрессовые жизненные события

На раннем этапе биполярного расстройства стрессовые события, предшествующие маниакальным или депрессивным эпизодам, могут ускорить их развитие, что отмечал в своих клинических наблюдениях еще Крепелин (Goodwin & Jamison, 1990). Издавна утверждалось, что по мере развертывания заболевания маниакальные и депрессивные эпизоды становятся автономнее и, как правило, не кажутся спровоцированными стрессовыми событиями (например, Post, 1992). Отдельные выводы могут, однако, быть преждевременными с учетом того, что большинство исследований, в которых изучался этот вопрос, опирались на воспоминания боль-

ных о событиях, предшествовавших эпизодам, и эти воспоминания могли быть ненадежными (Johnson & Roberts, 1995). В ряде лонгитюдных исследований с использованием самых тонких техник измерения стресса Элликотт и Хэммен с коллегами (Ellicott, Hammen et al., 1990; Hammen, 1995) на протяжении одного-двух лет наблюдали за пациентами с установленным биполярным расстройством. Они обнаружили выраженную связь между возникновением сильного стресса и переживанием маниакальных, гипоманиакальных и депрессивных эпизодов. Более того, они не обнаружили фактов, подтверждающих предположение, что стресс играл меньшую роль в ускорении развития эпизодов у людей, перенесших большее их число (Hammen, 1995; Swendsen et al., 1995). Кроме того, в одном исследовании было найдено, что у пациентов с большим числом предшествующих эпизодов они *чаще* сопровождали воздействие серьезных стрессоров, чем у больных с меньшим числом предшествующих эпизодов (Hammen & Gitlin, 1997). Наконец, в недавнем исследовании было обнаружено, что пациенты, переживавшие тяжелые негативные события, оправлялись от эпизода в среднем в 3 раза дольше, чем лица, не сталкивавшиеся с таким событием (395 дней против 112) (Johnson & Miller, 1997). Время, необходимое для выздоровления, увеличивалось, как выяснилось, даже под действием незначительных стрессовых событий (Johnson et al., 1997).

Каким образом стрессовые жизненные события повышают риск развития рецидива? Одним гипотетическим механизмом является дестабилизирующее воздействие, которое эти события могут оказывать на важнейшие биологические ритмы, с биологической точки зрения тесно связанные, как уже говорилось, с биполярным расстройством. Несмотря на то что данные в пользу этого соображения имеют в некоторой степени предварительный характер, данная гипотеза представляется перспективной (Johnson & Roberts, 1995).

Интересный пример важной роли, которую неприятные события жизни играют в качестве причин, ускоряющих наступление биполярных атак, был описан Элликоттом и его коллегами (Ellicott et al., 1990, p. 1997).

Разбор случая: перемены в жизни и биполярное расстройство. М-ру А., 30 лет, поставили диагноз биполярного расстройства I, когда ему был 21 год. До прохождения лечения в клинике аффективных расстройств он перенес два маниакальных эпизода и многочисленные депрессивные и гипоманиакальные эпизоды. После того как он попал в выборку для исследования, на протяжении шести месяцев наблюдения у него не было никаких симптомов на фоне приема карбоната лития и он не сталкивался ни с какими угрожающими жизненными событиями (теми, что оцениваются в четыре-пять баллов по шкале объективной угрозы). Затем пациент сообщил о серьезном угрожающем событии, которым стало месячное финансовое расследование по месту работы. Сразу после его окончания пациент перенес мягкую субсиндромную депрессию, которая спонтанно разрешилась через 18 дней. Однако несколькими неделями позже м-р А. сообщил о трех угрожающих событиях, произошедших в течение месяца, двумя из которых были изменения в сфере найма, поставившие под угрозу его работу, а одно заключалось в серьезной размолвке с подругой. Через неделю после этих событий он перенес двухнедельный маниакальный эпизод, который контролировался амбулаторно на фоне увеличения дозы лития и затем перешел в гипоманию, продолжавшуюся три месяца.

В последнее время появились также некоторые данные о том, что вероятность рецидива может определяться взаимодействием стресса с личностными и когни-

тивными переменными. Например, исследователями был сделан вывод, что особенно ярко на стресс реагируют биполярные индивиды, которые высоко интровертированы или склонны к обсессиям (Swendsen et al., 1995). В другом исследовании было обнаружено, что у студентов с пессимистическим стилем атрибуции, которые, кроме того, пережили негативные жизненные события, отмечалось усиление депрессивной симптоматики независимо от биполярного или униполярного характера депрессии (Alloy et al., 1997).

Психодинамические воззрения

Согласно теоретикам психодинамического направления, маниакальные и депрессивные расстройства можно рассматривать как две различные, но родственные защитные стратегии борьбы с тяжелым стрессом. Маниакальные индивиды стараются обойти трудности через «побег в реальность», то есть стремятся избежать внутренней боли, отвлекаясь на явления внешнего мира. При гипомании, менее тяжелой форме расстройства, такого рода реакцию на стресс демонстрирует человек, который становится завсегдатаем вечеринок. Он, как правило, пытается забыть неудачную любовь или устраниться от угрожающей жизненной ситуации, прибегая к неустанной деятельности, заполняя каждую минуту работой, спортом, сексуальными похождениями и бесчисленными другими делами, которые все выполняются с большим энтузиазмом, но не всегда доставляют подлинное удовольствие. При полномасштабной мании этот паттерн преувеличен. Расходуя колоссальное количество энергии, маниакальный индивид пытается отрицать чувства беспомощности и безнадежности, старается взять на себя роль хозяина положения. Как только подобный метод бороться с трудностями берется на вооружение, индивид следует ему до тех пор, пока не придет к эмоциональному истощению, единственной альтернативой которому оказывается признание поражения и неизбежная депрессия. Таким образом, по мере продолжения маниакального эпизода любые ценные качества, которые были ему свойственны изначально, сводятся к нулю, так как мыслительные процессы разгоняются до скорости, при которой индивид уже не в силах эффективно обрабатывать поступающую информацию. Это приводит к поведению, которое в лучшем случае бывает высокоэксцентричным, а в худшем — непостижимым.

Хотя может показаться, что маниакальному индивиду присуще высокое самомнение (и даже идеи безмерного величия), в одной работе подтверждается гипотеза, что это поведение может быть защитной позой. Уинтерс и Нил (Winters & Neale, 1985) использовали два показателя самоуважения при изучении нормальных людей и больных с униполярным и маниакальным расстройствами в стадии ремиссии (то есть в промежутке между эпизодами). При непосредственном измерении самоуважения нормальные индивиды и лица, пребывавшие в стадии ремиссии от мании, демонстрировали большее самоуважение, чем лица с униполярной депрессией. Однако при выполнении другого, косвенного задания, которое все субъекты считали оценкой своей памяти, лица, пребывавшие в стадии ремиссии от мании, имели результаты гораздо более близкие к тем, что были у больных униполярной депрессией, из чего следовало, что их самоуважение в действительности было ниже, чем у нормальных людей.

В соответствии с психодинамическими взглядами на биполярное расстройство, сдвиг от мании к депрессии может происходить при нарушении защитной функции маниакальной реакции. Аналогичным образом сдвиг от депрессии к мании может происходить, когда индивид, уничиженный и движимый чувством вины из-за пассивности и неспособности к копингу, в конце концов чувствует себя обязанным предпринять какие-то контрмеры, правда, отчаянного характера. Хотя представление о маниакальных и депрессивных реакциях как о крайних формах защиты может показаться в известной степени правдоподобным, ему трудно дать удовлетворительное объяснение крайним вариантам этих состояний без признания значимости биологических причинных факторов. Важность последних подтверждается эффективностью биологического лечения тяжелых эпизодов.

Социокультурные факторы, влияющие на униполярные и биполярные расстройства

Исследования, посвященные связи социокультурных факторов с биполярными и униполярными расстройствами настроения, обсуждаются вместе, так как многие изыскания, предпринятые в этой сфере, не провели четких диагностических различий между двумя типами расстройства. Представляется, что распространенность расстройств настроения значительно варьирует в разных обществах: в некоторых из них чаще встречается мания, тогда как для других больше характерна депрессия. Однако убедительно доказать это было трудно из-за различных методологических проблем, включая большие отличия диагностических подходов и значительную вариацию симптомов депрессии в различных культурах (Kaelber et al., 1995).

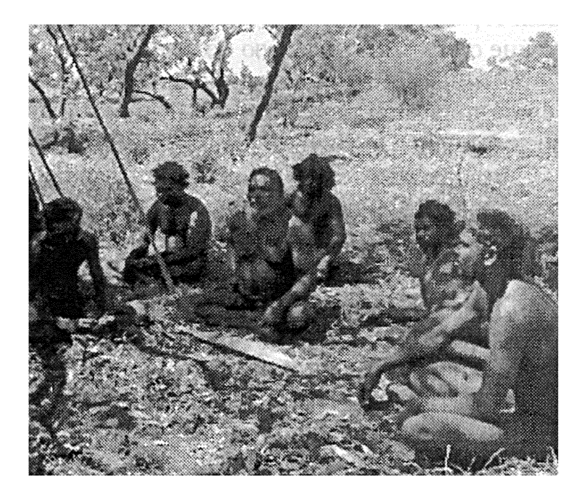
Кросс-культурные отличия депрессивных симптомов

Общий обзор кросс-культурной литературы, предпринятый Марселла (Marsella, 1980), по проблеме депрессий в малоразвитых странах, где такие расстройства относительно часты, оставляет мало сомнений в том, что в целом они принимают иные формы, чем обычно встречающиеся в нашем обществе. В некоторых культурах, отличающихся от культур западных стран, например китайской, где депрессия встречается редко, ее психологические симптомы зачастую не представлены. В этом случае у индивида наблюдаются так называемые соматические и вегетативные проявления, такие как нарушение сна, потеря аппетита, снижение веса и утрата сексуального желания (Kleinman, 1986; см. также Goodwin & Jamison, 1990). Интересно, что в некоторых подобных культурах отсутствует даже само понятие депрессии, которое было бы сопоставимо с нашим. Отсутствующими психологическими компонентами представляются чувства вины и самообвинения, столь обычные для «развитых» стран (Kidson & Jones, 1968; Lorr & Klett, 1968; Zung, 1969). Так, Кидсон и Джонс (Kidson & Jones, 1968), изучавшие несколько групп австралийских аборигенов, наткнулись не только на отсутствие чувства вины и самообвинений в составе депрессивных реакций, но и на отсутствие как суицидных попыток, так и случаев завершенного суицида. В связи с этим последним открытием они констатировали: «Возможно, что отсутствие суицидов есть следствие сильного страха смерти, а также тенденции отыгрывать и проецировать враждебные импуль-

сы» (p. 415). Таким образом, эти группы аборигенов больше склонны обращать враждебность против других, нежели против себя посредством суицида.

Уверенность в собственной самодостаточности

Несмотря на трудности, с которыми связаны основные выводы о кросс-культурных различиях, интересные кросс-культурные находки провоцируют ряд вопросов о факторах, определяющих либо высокую, либо низкую частоту расстройств настроения. В начале исследования данной проблемы, например в работах Каротерса (Carothers, 1947, 1951, 1959), было обнаружено, что маниакальные расстройства, широко распространены среди жителей Восточной Африки, а депрессивные — относительно редки. Их соотношение было обратным тому, что наблюдается в Соединенных Штатах. Низкую частотность депрессивных расстройств автор приписал тому факту, что в традиционных африканских культурах индивидов, как правило, не считают лично ответственными за провалы и неудачи. В этом отношении совершенно типичной может считаться культура кенийских африканцев, наблюдавшихся Каротерсом (Carothers, 1947, 1951, 1953). Их поведение определялось, главным образом, группой, а потому они не сталкивались с проблемами самодостаточности, выбора и ответственности, которые столь ярко проявляются в западных культурах. Постановка задач по достижению больших успехов не поощрялась (поэтому не было простора для разочарования и фиаско в этом отношении). Они смиренно относились к суровой среде, в которой жили, и всегда ожидали от нее худшего. Ответственность и вина за несчастья возлагались на внешние силы; поскольку эти люди не несли никакой личной ответственности, постольку у них было не много поводов к самоуничижению. Нет нужды говорить, что со времени наблюдений Каротерса в Восточной Африке многое изменилось, и более поздние исследования говорят о совершенно иной картине. В целом можно сказать, что в обществах, идущих в своем развитии по пути западных культур, их члены становятся более склонными к возникновению расстройств настроения, характерных для Запада (Marsella, 1980).



Насколько мы знаем, в некоторых культурах отсутствует само понятие депрессии. Например, у «депрессивных» австралийских аборигенов не бывает ни чувства вины, ни самообвинения, которые часто отмечаются в более «развитых» странах. Они также не выказывают суицидных тенденций и более склонны обращать свою враждебность на других, а не на себя.

Переживание утрат

Тем не менее еще остаются общества, сравнительно не затронутые западной культурой, примером которых выступают калули — примитивное племя в Новой Гвинее, изучавшееся Шайффелином (Scheiffelin, 1984), среди членов которого по-прежнему очень трудно распознать какие-либо признаки депрессии. Резюме работы Шайффелина, выполненное Зелигманом (Seligman, 1990), позволяет сделать интересные предположения о возможной причине этого: «Итак, вероятно, что у калули не бывает отчаяния, безнадежности, депрессии и суицидов в том смысле, в каком их понимаем мы. То же, что бывает, чрезвычайно интересно. Если вы лишились чего-то ценного, например свиньи, то у вас есть право на компенсацию. Существуют признанные обществом ритуалы (когда, например, танцуют и кричат на соседа, который, по вашему мнению, убил свинью). Когда вы требуете компенсировать утрату, либо ваш сосед, либо все племя принимает к сведению ваше положение и так или иначе возмещает потерю. Здесь я хочу подчеркнуть, что взаимодействие между культурой и индивидом, имеющее место в случае утраты, выступает надежным буфером, не позволяющим развиться чувствам беспомощности и безнадежности. Я предполагаю, что общество, которое охраняет потерпевшего от ощущения безнадежности и предотвращает печаль, приводящую к отчаянию, нарушает процесс депрессии. Депрессии способствуют общества, похожие на наше, где стимулируется переход от утраты к беспомощности и далее — к безнадежности» (Seligman, 1990, pp. 4–5).

Демографические различия в Соединенных Штатах

В нашем обществе роль социокультурных факторов при расстройствах настроения постепенно становится очевидной. Информативными являются данные, полученные в ходе крупного эпидемиологического (*epidemiological catchment area — ECA*) исследования территорий бассейнов рек, которое было проведено во многих регионах Соединенных Штатов в начале 1980-х годов. В целом данное исследование не показало наличия каких-либо существенных расовых различий, однако были выявлены тенденции к меньшей распространенности расстройств настроения у чернокожего населения и латиноамериканцев, чем среди белых не латиноамериканского происхождения (Regier et al., 1993). В исследовании также не удалось обнаружить значимых различий в распространенности расстройств настроения среди сельских и городских жителей вопреки факту, что в ряде других работ, например предпринятой Блейзером и коллегами (Blazer et al., 1985), было обнаружено, что депрессия гораздо чаще встречается в городах, чем в сельских регионах.

В отношении униполярного расстройства ряд исследований показывает, что тяжелая его форма чаще встречается среди бедняков (Kaelber et al., 1995). Однако в отношении биполярного расстройства данные говорят об обратном, и в ряде работ продемонстрировано, что оно чаще встречается у людей, принадлежащих к высшим социально-экономическим классам (см. Goodwin & Jamison, 1990). Более того, по данным некоторых исследований, люди, страдающие биполярным расстройством, обычно более образованны и происходят в основном из семей, обладающих достаточно высоким социально-экономическим уровнем, чем лица с униполярной депрессией. В одной из работ было обнаружено, что родственники больных с биполярными нарушениями (по сравнению с родственниками больных с униполяр-

ными расстройствами) больше преуспевают в профессиональном и образовательном отношениях, причем отличия особенно выражены у лиц, которые сами страдают биполярным расстройством (Coryell et al., 1989). Существует предположение, что связь биполярного расстройства с более высоким социально-экономическим статусом может объясняться определенными личностными и поведенческими коррелятами биполярного расстройства, по крайней мере в гипоманиакальных фазах (такими, как общительность, прилив энергии, повышенная производительность), которые могут вести к большим успехам и достижениям (Goodwin & Jamison, 1990; Jamison, 1993; Whybrow, 1997). Сверх того, это совпадает со многими данными о том, что и то и другое, но особенно биполярное, расстройства с тревожной частотой возникают у поэтов, писателей, композиторов и художников (Jamison, 1993). В отношении ряда таких знаменитостей Джеймисон также привел документальные данные о том, что периоды продуктивности коварьируют с наступлением маниакальных, или гипоманиакальных, и депрессивных фаз заболевания (см. рис. 6.3 и 6.4).

Другие заслуживающие внимания данные были получены в ходе ранее упоминавшегося эпидемиологического исследования *ECA* и касаются связи депрессии с семейным положением. Так, у одиноких и разведенных людей униполярная депрессия встречается чаще, чем у состоящих в браке, хотя, как мы уже видели, несчастливые браки тесно связаны с депрессией. То же самое относится к биполярному расстройству, которое немного чаще наблюдается у одиноких и разведенных



Рис. 6.3. Частота расстройств настроения у писателей и художников

Несмотря на все трудности, связанные с постановкой надежного диагноза выдающимся писателям, поэтам и художникам (многие из которых давно умерли), ряд исследователей, занимающихся вопросами истории психологии, пришли к выводам, подобным приведенным. Эти цифры четко указывают на то, что по сравнению с общей популяцией у таких индивидов гораздо чаще бывают униполярные или биполярные расстройства настроения.

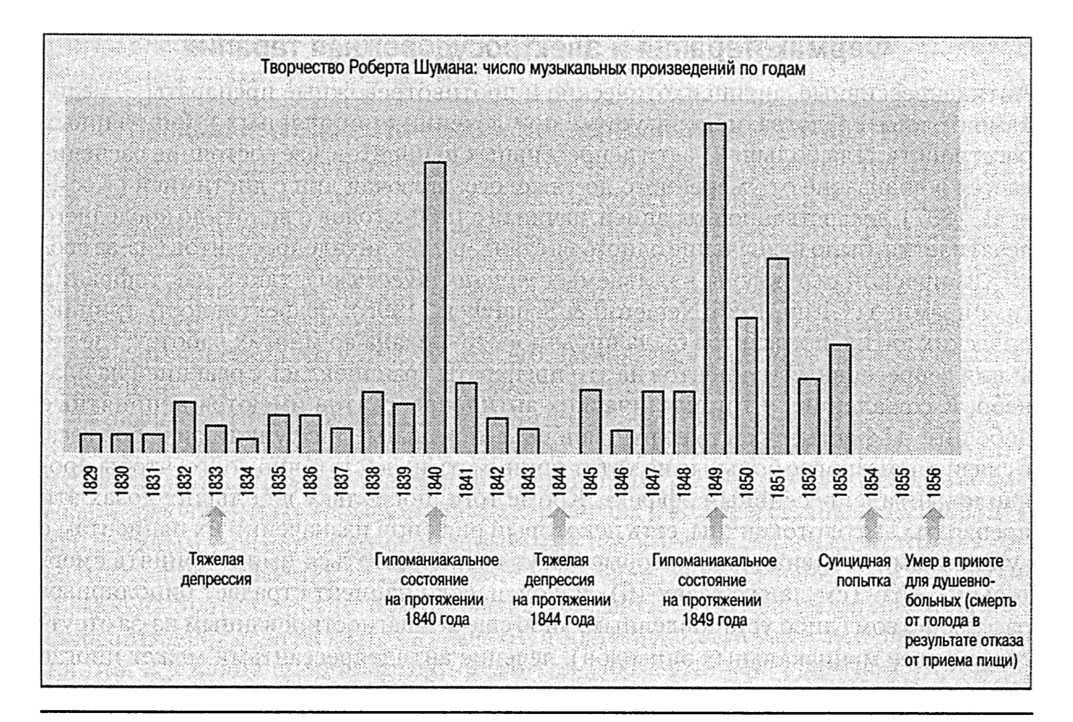


Рис. 6.4. Творчество Роберта Шумана: число музыкальных произведений по годам
Число музыкальных произведений Роберта Шумана по годам с точки зрения ковариации с маниакальными и депрессивными фазами биполярного расстройства (по Jamison, 1993). *Источник:* по E. Slater & A. Meyer, Contributions to a pathography of the musicians: Robert Schumann. В *Confinia psychiatrica*, 2 (1959), pp. 65–94. Воспроизводится с разрешения Karger, Basel, Switzerland.

людей (Boyd & Weissman, 1985). При биполярном расстройстве, возможно, даже в большей мере, чем при униполярном, существует вероятность того, что оно само по себе будет способствовать разводу. Однако в настоящее время это соображение недостаточно подкреплено фактами.

Лечение и исходы

Многие больные, страдающие расстройством настроения (особенно униполярным), никогда не обращаются за помощью, и подавляющее большинство маниакальных и депрессивных больных, официально не получающих лечения, меньше чем за год выздоравливает (хотя бы временно). Однако с учетом широкого разнообразия доступных на сегодняшний день лечебных методик, а также по причине выраженного субъективного страдания и утраты продуктивности, которым подвергаются депрессивные и маниакальные индивиды, за лечением обращается все больше и больше людей, имеющих эти расстройства. Это происходит в эпоху, когда осведомленность общественности о наличии эффективных методов лечения значительно повысилась, и во времена, когда расстройства настроения налагают, быть может, не столь позорное клеймо на больных.

Фармакотерапия и электросудорожная терапия

Антидепрессивные, антипсихотические и противотревожные препараты — медикаментозные средства, используемые при лечении униполярных и биполярных расстройств. Для большей части депрессивных пациентов, чье состояние расценивается в диапазоне от умеренного до тяжелого, включая лиц с дистимией (Kocsis et al., 1997), лекарственной терапией, начиная с 1960-х годов и вплоть до последнего десятилетия, было назначение одного из стандартных антидепрессантов (из-за своей химической структуры называемых *трициклическими*), таких как тофранил (имипрамин) (Gitlin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998). Эффективность трициклических антидепрессантов была продемонстрирована во многих работах, где реакция депрессивных пациентов на эти препараты сравнивалась с реакцией на плацебо. К сожалению, у трициклических антидепрессантов имеются неприятные побочные эффекты: сухость во рту, запоры, сексуальные дисфункции и набор веса, в связи с чем многие больные не хотят принимать их достаточно долго, чтобы проявился антидепрессивный эффект. Кроме того, поскольку в больших дозах эти препараты высокотоксичны, есть некоторый риск при назначении их пациентам с суицидными тенденциями, которые могут воспользоваться ими и принять смертельную дозу (см. также главу 16). Наконец, если пациент страдает биполярным расстройством (либо установленным, либо еще не диагностированным из-за отсутствия ранее маниакальных эпизодов), лечение антидепрессантами может иногда ускорить развитие маниакального эпизода или биполярного расстройства в его быстрой циклической форме (Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

По вышеуказанным причинам врачи все чаще предпочитают назначать антидепрессанты из группы *селективных ингибиторов обратного захвата серотонина* (*SSRI*) — новую категорию препаратов, у которых обнаружено гораздо меньше побочных эффектов. Они лучше переносятся больными, а также менее токсичны в больших дозах. Один из таких препаратов, прозак (флуоксетин), в настоящее время чрезвычайно популярен у врачей различных специальностей как средство лечения не только серьезной депрессии, но и слабой депрессивной симптоматики (Gitlin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998). Основные негативные побочные эффекты *SSRI*, на которые жалуются пациенты, сводятся к тому, что многие препараты из этого ряда нарушают оргазм или снижают интерес к половой жизни.

Представляется, что рецепты на прозак выписываются неоправданно часто; умеренный дистресс или неудовлетворенность должны, по нашему мнению, служить поводом не к приему лекарств, а к серьезному анализу собственной жизни и, может быть, психотерапевтическому лечению. Есть много интересных и противоречивых вопросов, касающихся назначения лекарств практически здоровым людям, поскольку эти препараты могут наполнять их ощущением энергии, делать более общительными и продуктивными, чем они когда-либо бывали в прошлом. Недавно эти вопросы широко обсуждались в средствах массовой информации в связи с бестселлером спорного содержания «Прислушаться к прозаку» (*Listening to prozac;* Kramer, 1993), написанным психиатром, который описывает свои собственные проблемы при принятии решения, как долго и когда выписывать этот

препарат пациентам (у многих из которых депрессии нет). Этот вопрос продолжает обсуждаться в главе 16 (справка 16.2).

Продолжительность лечения антидепрессивными препаратами

К сожалению, эффект от приема антидепрессантов обычно развивается как минимум через несколько недель. Кроме того, прекращение приема препарата после исчезновения симптомов может привести к рецидиву. Вспомните, что в типичных случаях естественное течение депрессивного эпизода, оставленного без лечения, растягивается на шесть—девять месяцев. Следовательно, если депрессивные больные получают лекарство три-четыре месяца и прекращают его прием из-за улучшения самочувствия, то у них чаще всего развивается рецидив, так как скрытые депрессивные эпизоды все еще могут иметь место, а подавленной оказалась только их симптоматическая экспрессия (Gitlin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998). Поскольку депрессия может проявляться как рекуррентное расстройство, постольку существуют и растущие тенденции долго держать пациентов на препарате во избежание рекуррентных эпизодов. Например, Франк и коллеги (Frank et al., 1990) давали больным умеренные дозы имипрамина в течение трех лет и нашли, что рекуррентные эпизоды возникли лишь у 20%, по сравнению с теми 90%, что получали плацебо на протяжении того же периода. Таким образом, при правильном назначении антидепрессанты часто оказываются эффективными как в отношении лечения, так и в плане профилактики развития у больных рекуррентных эпизодов (Gitlin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998) (см. также главу 16).

Литий и другие препараты, стабилизирующие настроение

В настоящее время терапия литием широко применяется в качестве *стабилизатора настроения* при лечении как депрессивных, так и маниакальных эпизодов биполярного расстройства. Термин «стабилизатор настроения» часто используется при описании этих препаратов потому, что они обладают и антиманиакальными, и антидепрессивными эффектами, то есть стабилизируют настроение в любом направлении. Препараты лития нередко эффективны при предотвращении цикличности маниакальных и депрессивных эпизодов (хотя это не обязательно для больных с быстрой цикличностью), и биполярные больные часто получают длительную поддерживающую терапию литием. Первоначальные исследования указывали на эффективность лития как превентивного средства приблизительно для 65% больных с повторяющимися биполярными атаками (Prien, 1992), однако в других случаях наблюдалась более пессимистическая картина: по данным нескольких исследований, на протяжении пятилетнего контрольного периода эпизоды не развивались чуть больше, чем у одной трети больных. Тем не менее поддерживающая терапия литием явно ведет к *уменьшению* числа эпизодов по сравнению с пациентами, которые прерывают медикаментозное лечение. Статистические исследования показали, что у пациентов, прервавших лечение, риск возникновения новых эпизодов в течение месяца оказался в 28 раз выше, чем на фоне поддерживающей терапии литием (Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Терапия литием обладает некоторыми неприятными побочными эффектами, к которым относится сонливость, нарушение координации движений и желудочно-кишечные расстройства. Кроме того, длительный прием лития может привести к на-

рушению функции почек, а иногда — их стойкому поражению (Gitlin, 1996; Goodwin & Jamison, 1990). Неудивительно, что эти побочные эффекты в сочетании с тем фактом, что многие биполярные больные не замечают, возможно, взлетов и избытка энергии, связанных с их гипоманиакальными и маниакальными эпизодами, иногда порождают проблемы с дисциплиной приема лекарств (см. справку 16.4).

Позднее появились также данные о пользе, приносимой при лечении биполярного расстройства препаратами другого ряда, известными как *антиконвульсанты* (например, карбамазепин и вальпроат) (Nemeroff & Schatzberg, 1998). Эти препараты часто помогают пациентам, которые не поддаются терапии литием или испытывают неприемлемые побочные эффекты при его приеме (Nemeroff & Schatzberg, 1998) (см. также главу 16). Как биполярным, так и униполярным больным с признаками психоза (галлюцинациями и бредом) можно назначать и *антипсихотические* препараты (см. главы 12 и 16) в сочетании с уже получаемыми антидепрессивными или стабилизирующими настроение препаратами (Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Электросудорожная терапия

По причине, что значительное улучшение от приема антидепрессантов нередко наступает только через три-четыре недели, тяжело депрессивным больным, которые могут представлять непосредственный и серьезный риск суицида, включая лиц с психотическими и меланхолическими проявлениями, часто проводится *электросудорожная терапия* (ЭСТ) (Gitlin, 1996; Weiner & Krystal., 1994). ЭСТ проводится и тем больным, которые не отреагировали на другие виды фармакологического лечения; она нередко считается средством выбора при лечении пожилых людей, которые часто либо не могут принимать антидепрессанты, либо плохо поддаются лечению ими (Niederehe & Schneider, 1998). При тщательном соблюдении критериев отбора для данной методики полная ремиссия от симптомов наступает приблизительно через 6–12 процедур (обычно проводящихся по два-три раза в неделю), что означает, что у большинства пациентов с тяжелой депрессией за две—четыре недели может быть получено выраженное улучшение (Gitlin, 1996). После этого, как правило, назначаются поддерживающие дозы антидепрессивных и противотревожных препаратов, которые помогают закрепить достигнутый успех, сохраняя его, пока депрессия не отступит. ЭСТ очень помогает и при лечении маниакальных эпизодов: последние обзоры данных говорят о том, что с нею связана ремиссия или заметное улучшение состояния у 80% маниакальных больных (Gitlin, 1996; Mukherjee, Sackeim & Schnur, 1994). Однако профилактика рецидивов обычно требует, чтобы после ЭСТ назначались поддерживающие дозы препаратов, стабилизирующих настроение (Gitlin, 1996) (см. также главу 16).

Психотерапия

В оптимальном варианте лекарственные препараты или препараты в сочетании с электросудорожной терапией, применяемые при лечении депрессии, сочетаются с индивидуальной или групповой психотерапией, направленной на помощь пациенту в развитии более устойчивого долговременного приспособления. Многие данные говорят и о том, что определенные разновидности психотерапии, проводимой отдельно или в сочетании с лекарственными препаратами, значительно снижают вероятность рецидива в двухлетнем контрольном периоде (Hollon & Beck, 1994; Hollon,

DeRubeis & Evans, 1996). Несмотря на то что такие результаты воодушевляют, ни в одном из исследований больные не контролировались достаточно долго, чтобы стало понятно, эффективны ли эти методы в отношении предотвращения рекуррентности, то есть новых депрессивных эпизодов. Обзор исследований эффективности сочетания лекарственных препаратов и психотерапии был предпринят Клерманом с коллегами (Klerman et al., 1994), которые заключили, что остается неясным, действительно ли комбинированное лечение превосходит любую отдельно взятую методику.

Как было показано в процессе обсуждения факторов, влияющих на возникновение депрессии, количество психосоциальных методов лечения, предложенных для униполярной депрессии, с годами чрезвычайно увеличилось. Помимо модифицированных вариантов традиционных видов терапии, сосредоточенных на депрессии, был разработан ряд специализированных систем психотерапии, специально направленных на проблему униполярной депрессии, и в то же время появились и другие, направленные на разрешение проблем людей с биполярным расстройством. В целом эти разновидности психосоциальной терапии предусматривают лечение амбулаторных (не психотических) больных, однако все чаще практикуются и в стационарных условиях (например, Craighead, Craighead & Iladi, 1998; Thase et al., 1991).

Когнитивно-поведенческая терапия

Ведущими подходами специальной психотерапии депрессии, практикуемыми при униполярной ее форме, являются когнитивно-поведенческий подход Бека (Beck et al., 1979) и программа интерперсональной терапии, разработанная Клерманом и Вайссманом (Klerman et al., 1984). Оба метода требуют относительно немного времени (10–20 сессий), фокусируясь в большей степени на проблемах «здесь и теперь», чем на трудно определимых каузальных аспектах, которые часто оказываются в центре внимания психодинамической психотерапии. Например, когнитивно-поведенческие техники сводятся к высокоструктурированным, систематическим попыткам научить людей, страдающих униполярной депрессией, последовательно оценивать свои убеждения и негативные автоматические мысли. Кроме того, их учат идентифицировать и исправлять искажения и тенденциозность при обработке информации, а также определять и оспаривать свои скрытые депрессогенные допущения. Когнитивная терапия опирается на эмпирический подход в процессе обучения больных отношению к своим убеждениям как к гипотезам, которые можно проверить в ходе поведенческих экспериментов.

Примером оспаривания негативной автоматической мысли при помощи поведенческого эксперимента может быть следующая беседа, происходящая между когнитивным терапевтом и депрессивной пациенткой.

Разбор случая, терапевтическая сессия: «Муж меня больше не любит».

Пациентка: Мой муж меня больше не любит.

Терапевт: Об этом, должно быть, очень тяжело думать. Почему вы считаете, что он вас не любит?

Пациентка: Когда он вечером приходит домой, то не желает со мной разговаривать. Он хочет только одного: сидеть и смотреть телевизор. Потом он сразу идет спать.

Терапевт: Понятно. Теперь скажите: есть ли хоть что-то в его действиях, что опровергало бы идею о том, что он вас не любит?

Пациентка: Ничего такого мне в голову не приходит. Хотя подождите. Две недели назад у меня был день рождения, и он подарил мне очаровательные часики. Я видела их рекламу и вскользь обронила, что они мне нравятся, а он запомнил, пошел и купил их мне.

Терапевт: Прекрасно. И как же это уживается с идеей, будто он вас не любит?

Пациентка: Ну, я думаю, что не очень-то, да? Но тогда почему он так ведет себя по вечерам?

Терапевт: Я думаю, что его нелюбовь к вам — всего лишь одна из возможных причин. Может быть, есть и другие?

Пациентка: Ну, он в последнее время очень много работал. Я имею в виду, что он приходил поздно почти каждый день, и ему необходимо было идти в контору на выходных. Так что, я думаю, дело, может быть, в этом.

Терапевт: Может, верно? И, если так, то как бы вы это установили?

Пациентка: Что ж, я могла бы заметить, каким усталым он выглядит, спросить, как он себя чувствует и как дела на работе. Я этого не сделала, я только раздражалась из-за того, что он не обращает на меня внимания.

Терапевт: Звучит превосходно. Как вы посмотрите на то, чтобы это стало вашим домашним заданием на предстоящую неделю? (Из Fennell, 1989).

Еще одним примером попытки оспорить скрытое депрессогенное допущение человека о том, что его должны любить (коль скоро оно вскрылось в ходе лечения) является следующая беседа.

Разбор случая, терапевтическая сессия: «Меня должны любить».

Пациентка: Нелюбимость автоматически приводит к несчастливости.

Терапевт: Нелюбимость есть «несобытие». Как может несобытие автоматически приводить к чему-либо?

Пациентка: Я просто не верю, что кто-нибудь может быть счастлив, когда его не любят.

Терапевт: Это ваше убеждение. Если вы в чем-то убеждены, этим убеждением будут диктоваться ваши эмоциональные реакции.

Пациентка: Я этого не понимаю.

Терапевт: Если вы во что-то верите, то будете действовать и чувствовать себя так, как если бы это было правдой, независимо от того, так ли это на самом деле.

Пациентка: Вы хотите сказать, что если я считаю, что буду несчастлива без любви, то несчастной меня делает только мое убеждение?

Терапевт: А когда вы ощущаете себя несчастной, то, наверное, говорите себе: «Ну вот, я была права. Если у меня нет любви, то я обречена на несчастливую жизнь».

Пациентка: Как же мне выбраться из этой ловушки?

Терапевт: Вы можете поэкспериментировать с вашей уверенностью в том, что обязаны быть любимой. Заставьте себя на какое-то время отказаться от этого убеждения и посмотрите, что произойдет. Обратите внимание на естественные последствия, которые порождаются вашим убеждением. Вы можете представить, например, себя на тропическом острове, где в вашем распоряжении разные экзотические фрукты, другая еда?

Пациентка: Да, картина заманчивая.

Терапевт: Теперь представьте, что на острове живет примитивное племя. Они дружелюбны и услужливы, но они вас не любят. Никто из них вас не любит.

Пациентка: Я могу это представить.

Терапевт: Как вы себя чувствуете в этом фантастическом мире?

Пациентка: Расслабленной и спокойной.

Терапевт: Итак, вы можете видеть, что из нелюбимости не обязательно следует, что вы будете несчастны (Из Beck et al., 1979, p. 260).

Эффективность когнитивной терапии документально подтверждена в десятках работ, включая ряд исследований с участием униполярных стационарных больных и пациентов, у которых была диагностирована депрессия с меланхолическими чертами (Craighead et al., 1998; Hollon & Beck, 1994). Особым преимуществом такой терапии может стать профилактика рецидивов, однако данных, говорящих о ее способности предотвращать рекуррентные эпизоды, в настоящее время не существует (Hollon et al., 1996; Simons et al., 1986). При сравнении с фармакотерапией она представляется по меньшей мере настолько же успешной (DeRubeis, 1997). Некоторые исследователи тем не менее усомнились в наличии и должном выполнении адекватных тестов для проверки сравнительной эффективности когнитивной терапии и фармакотерапии (Hollon et al., 1996; Hollon & Beck, 1994). (См. также главу 17.)

Интерперсональная терапия

Метод интерперсональной терапии до сих пор не подвергался столь всесторонней оценке, как когнитивно-поведенческая терапия. Однако данные тщательно подготовленного многостороннего исследования, проведенного при поддержке Национального института психического здоровья, убедительно подтвердили эффективность как одного, так и другого методов терапии. Сравнение результатов исследования позволило сделать вывод, что изучаемые психосоциальные лечебные подходы зарекомендовали себя настолько же эффективно, как и антидепрессанты при лечении начальных форм тяжелой депрессии, а иногда даже и более сложных ее случаев (Elkin et al., 1989; разбор данного исследования продолжен в главе 17). Возникал и другой вопрос: может ли интерперсональная терапия быть полезной при долговременном контрольном наблюдении за индивидами с тяжелой рекуррентной униполярной депрессией (Craighead et al., 1998; Frank et al., 1990)? У больных, в течение месяца получавших либо непрерывную интерперсональную, либо непрерывную медикаментозную терапию, явления рекуррентности наблюдались гораздо реже, чем у пациентов, получавших плацебо на протяжении трехгодичного контрольного периода.

Семейная и супружеская терапия

Очевидно, что, какой бы не была лечебная программа, необходимо разобраться с непривычными стрессорами, действующими в жизни больного, так как неблагоприятная жизненная ситуация может приводить к рекуррентному течению депрессии и требовать более длительного лечения. Эта точка зрения нашла свое отраже-

ние в исследованиях, распространившихся на расстройства настроения, по данным которых хорошо известно, что рецидивы при шизофрении, как и при униполярных и биполярных расстройствах, коррелируют с определенными деструктивными аспектами семейной жизни (Butzlaff & Hooley, 1998; Hooley, в печати). Можно предположить, что вероятность рецидива депрессии особенно повышается из-за такого поведения супруга, в котором бывший больной может усмотреть критику, направленную в его адрес. Было, например, обнаружено, что для профилактики рецидивов в этих ситуациях чрезвычайно полезны некоторые разновидности парных или семейных вмешательств, направленных на снижение уровня выраженных эмоций или враждебности, описанные в главе 17 (например, Miklowitz, 1996). При биполярном расстройстве подобная семейная терапия в сочетании с медикаментозным лечением значительно снижает риск возникновения рецидива. Кроме того, был сделан вывод, что для семейных людей, пребывающих в состоянии депрессии и переживающих разногласия в браке, супружеская терапия (фокусирующаяся не на одном из двоих партнеров, страдающем от депрессии, а на взаимных разногласиях) эффективна настолько же, насколько и когнитивная терапия в лечении униполярной депрессии у депрессивного пациента. Еще одним преимуществом супружеской терапии является то, что она больше, чем это свойственно когнитивной терапии, повышает удовлетворенность браком (Beach & O'Leary, 1992; Craighead et al., 1998; Jacobsen et al., 1991).

Как уже отмечалось, в течение года подавляющее большинство маниакальных и депрессивных больных выздоравливают от отдельно взятого эпизода даже без проведения формальной терапии. В случае применения обсуждаемых здесь современных методов лечения общая перспектива становится еще благоприятнее. Рецидивы, хотя иногда и случаются, предотвращаются теперь при помощи поддерживающей терапии, либо путем продолжения медикаментозного лечения, либо (или параллельно) регулярным проведением контрольных терапевтических сессий. Однако уровень смертности депрессивных больных значительно выше смертности в общей популяции, отчасти это происходит в связи с большей частотностью суицидов. В то же время в некоторых работах сообщаются данные о повышенном количестве смертельных исходов, связанных с естественными причинами (см. Coryell & Winokur, 1992; Futterman et al., 1995), включая ишемическую болезнь сердца (Frasure-Smith et al., 1993, 1995) (см. главу 8). Повышенный риск летального исхода существует и для маниакальных больных в результате его связи с такими обстоятельствами, как несчастные случаи (которым может способствовать алкоголь), пренебрежение собственным здоровьем и несоблюдение соответствующих мер предосторожности, физическое истощение (Coryell & Winokur, 1992). Таким образом, хотя разработка эффективных лекарственных препаратов и других новых методов лечения значительно улучшили исходы заболевания у пациентов с расстройствами настроения, сохраняется настоятельная потребность в еще более эффективных методах как экстренного, так и долговременного характера. Кроме того, существует острая необходимость в изучении факторов, способствующих риску развития депрессивных расстройств, и использовании результатов этих исследований на ранних этапах вмешательства и профилактики.

Суицид

Риск **суицида** — самоубийства — важный фактор при любых депрессивных состояниях. Хотя понятно, что человек может покончить с собой и не в связи с депрессией, данные говорят о том, что около 50% самоубийц делают это во время или в восстановительной фазе депрессивного эпизода (Isacsson & Rich, 1997). Парадоксально, что этот акт зачастую имеет место в тот период, когда кажется, что человек выходит из наиболее глубокой фазы депрессивной атаки. Риск суицида составляет около 1% в течение года после возникновения депрессивного эпизода. Однако он достигает 15% в случае перенесения больным рекуррентных депрессивных эпизодов (D. C. Clark, 1995). Другими словами, депрессивные люди совершают самоубийство примерно в 20 раз чаще, чем недепрессивные. Более того, даже когда суицид не связан с депрессией, он, как правило, ассоциируется с каким-то другим психиатрическим расстройством. Данные показывают, что таковым страдали свыше 90% лиц, совершивших самоубийство (Isacsson & Rich, 1997).

Суицид входит в десятку ведущих причин смерти в большинстве западных стран. В Соединенных Штатах он стоит на восьмом или девятом месте. В настоящее время в США ежегодно происходит свыше 30 тысяч самоубийств (Silverman, 1997). В целом согласно статистическим данным, проблема может быть еще серьезнее, так как многие смерти, произошедшие в результате самоубийства, в официальных отчетах приписываются «более уважительным» причинам. Большинство экспертов приходят к мнению, что реальное число суицидов как минимум в 2–4 раза превышает официальные данные (O'Donnell & Farmer, 1995; Silverman, 1997). Помимо завершенных суицидов, данные говорят и о том, что ежегодно свыше 200 тысяч людей предпринимают суицидную попытку. Таким образом, около 3% американцев в какой-то момент своей жизни пытались совершить самоубийство (D. C. Clark, 1995).

Статистика, какой бы она ни была точной, не в силах передать словами трагедию суицида. Как мы увидим, большинство людей, совершающих самоубийство, амбивалентны в своем к нему отношении. Часто бывает, что они делают необратимый выбор, находясь в одиночестве, в состоянии тяжелого психологического дистресса. В этот момент они не способны посмотреть на свои проблемы объективно или найти альтернативные действия. Поэтому основной гуманитарной проблемой при суициде становится бессмысленная смерть человека, который, быть может, относится к жизни амбивалентно или в действительности не хочет умирать. Вторым трагическим аспектом является длительный дистресс у близких ему людей, который может развиться в результате такого деяния. Шнейдман (Shneidman, 1969), ведущий специалист по проблеме суицида, пишет: «Человек, совершающий самоубийство, помещает свой психологический скелет в чулан эмоций того, кто остался жить...» (р. 22). Исследования с участием осиротевших и овдовевших близких показывают, что «потеря родного человека из-за самоубийства — одна из тяжелейших нош, какая только может выпасть на долю семей и отдельных индивидов» (Dunne, 1992, р. 122).

В последующем обсуждении мы сосредоточим внимание на разнообразных аспектах частотности и клинической картине суицидов; на факторах, которые, как представляется, имеют клиническое значение; на степени намерения и способах ее выражения, а также на вопросах лечения и профилактики.

Клиническая картина и каузальный паттерн

Кто совершает самоубийство? Какие мотивы движут человеком, когда он хочет покончить с собой? Какие общие социокультурные переменные могут способствовать осмыслению суицида? Вот круг вопросов, к которым мы обратимся.

Кто пытается совершить и кто совершает суицид?

Суицидные *попытки* предпринимают главным образом молодые люди; по меньшей мере в двух третях от общего числа таких случаев возраст индивидов менее 35 лет (Hawton, 1992). В Соединенных Штатах женщины предпринимают суицидные попытки примерно в 3–4 раза чаще, чем мужчины. Их частота приблизительно вчетверо выше среди людей, пребывающих в состоянии разделения или развода, чем среди лиц с любым иным семейным положением (D. C. Clark, 1995). Большинство попыток предпринимается в контексте межличностного кризиса или иного тяжелого жизненного стресса. Дело, однако, обстоит иначе при **завершенных суицидах**; в Соединенных Штатах от самоубийств ежегодно погибает в 3–4 раза больше мужчин, нежели женщин. Наибольшая частота завершенных суицидов наблюдается среди пожилых (65 лет и старше). Хотя с 1930-х годов эти показатели снижались, особенно для пожилых мужчин (Silverman, 1997), в 1980-х и 1990-х годах, к сожалению, был зафиксирован обратный процесс (рис. 6.5).

Среди пожилых жертв около половины страдает хроническими соматическими заболеваниями, которые могут прямо или косвенно (через депрессию) повышать риск суицида (Harvard mental health newsletter, 1996).

Женщины чаще всего отравляют себя различными препаратами; мужчины склоняются к методам с более вероятным летальным исходом, особенно к использованию огнестрельного оружия, и это во многом может объяснять бо́льшую частоту завершенных суицидов среди мужчин. Есть также некоторые статистические данные по западным странам, включая США, согласно которым соотношение завершенных суицидов у мужчин и женщин, равное 3–4 к 1, может претерпевать изменения, так как в последние годы распространенность женских завершенных

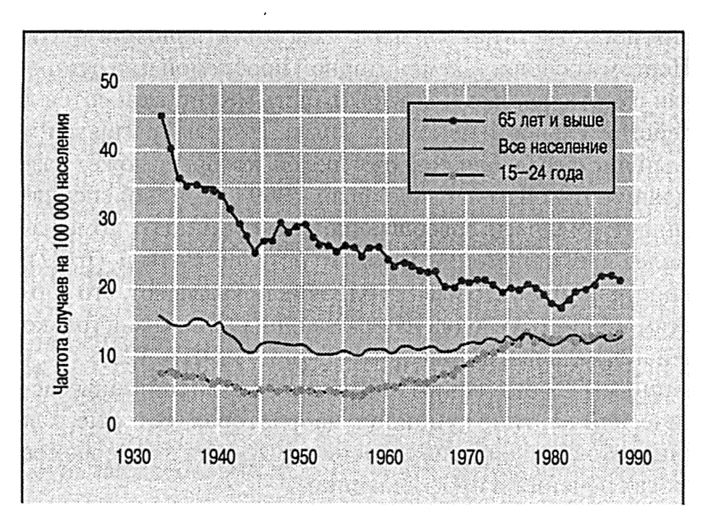


Рис. 6.5. Частота суицидов в США в период с 1930 по 1990 г.
Число суицидов среди пожилых людей за последние 60 лет резко снизилось при небольшом повышении их числа в конце 1980-х годов. В отличие от этого распространенность суицидов в 15–24-летней возрастной группе за тот же период резко возросла (по McIntosh, 1992).

суицидов растет быстрее, чем мужских. Точные причины этих тенденций неизвестны, но вероятно, что они связаны со стремительными социокультурными переменами, в том числе с изменением половых ролей.

Помимо пожилых людей, лиц с расстройствами настроения и разделенных или разведенных индивидов, существуют и другие группы высокого риска у взрослых. В последние входят люди, страдающие алкоголизмом и шизофренией, еще две разновидности психопатологии, наиболее тесно связанные с суицидами (после расстройств настроения). У людей с расстройствами настроения риск суицида в течение жизни составляет 15% и не претерпевает значительных изменений в зависимости от подтипа расстройства, хотя по меньшей мере в одной работе было показано, что индивиды с психотической депрессией чаще прибегают к гарантированным, жестким способам самоубийства (Isometsa et al., 1994). У лиц с шизофренией этот показатель равняется примерно 10%, у алкоголиков — 3–4% по сравнению со средним показателем риска, равным 1,4% для популяции в целом (D. C. Clark, 1995; Haas, 1997). Кроме того, в группу риска входят люди, ведущие одинокий образ жизни; люди из социально не обустроенных регионов и представители некоторых коренных американских племен. Наконец, риск, превышающий средние показатели, существует и для представителей некоторых профессий: врачей, дантистов, юристов и психологов (Wekstein, 1979). Женщины-врачи и женщины-психологи совершают самоубийства примерно в 3 раза чаще, чем представительницы общей популяции; для мужчин-врачей этот показатель вдвое превосходит тот, что отражает распространенность суицидов в целом (Ross, 1974; Schaar, 1974; Wekstein, 1979).

Суицид у детей и подростков. Еще одна поразительная тенденция состоит в том, что число завершенных суицидов с тревожащей скоростью возрастает в подростковой среде и даже среди детей (King, 1997; Speier et al., 1995). У детей в возрасте от 5 до 14 лет самоубийства в абсолютном смысле редки (0,7 на 100 000), но в США тем не менее стоят на седьмом месте как ведущая причина смертности в этой возрастной группе. С 1970 года количество суицидов в ней постепенно возрастает (King, 1997). Данная тенденция ни в коем случае не ограничивается детьми, происходящими из бедной или проблемной среды. Уязвимыми оказываются дети любого происхождения и социального статуса (Joffe & Orford, 1990). Число суицидов среди детей из преуспевающих семей также растет. Для ребенка свойствен повышенный риск суицида при потере родителей или жестоком обращении (Wagner, 1997). Неудивительно, что различные формы психопатологии, связанные с этими средовыми факторами риска, являются, как известно, и факторами риска детского суицида; среди них депрессия, асоциальное поведение и импульсивность (Sokol & Pfeffer, 1992).

Начиная с середины 1950-х до середины 1980-х годов количество завершенных суицидов среди лиц в возрасте от 15 до 24 лет в целом утроилось, намного превосходя его рост в пропорции к общей популяции; среди лиц в возрасте от 15 до 19 лет — учетверилось. В Соединенных Штатах суицид занимает третье место (Frederick, 1985) среди наиболее частых причин смерти лиц в возрасте от 15 до 24 лет (на первых двух стоят несчастные случаи и убийства); по статистике он свершается в 13 случаях на 100 000 населения (King, 1997). Учащение подростковых самоубийств в США не ограничивается этой отдельно взятой страной, но было отмечено в 23 из 29 изучавшихся стран (Lester, 1988). В процессе опросов учащихся средних школ в отношении попыток самоубийства было установлено, что, по словам самих

школьников, одна или несколько таких попыток имели место у 7–16% учеников, причем у девочек они отмечались в 2 раза чаще, чем у мальчиков (King, 1997). В течение любого года обучения в младшей и средней школе суицидные попытки имели место у 4–8% учащихся. Подобная частота попыток суицида самая высокая за все годы существования человечества. Значительная часть этих попыток сопровождается чрезвычайно низкой летальностью и не требует врачебного внимания, но к ним нужно относиться серьезно. Так, в ходе одного исследования было обнаружено, что из всех мальчиков-подростков, предпринимавших суицидные попытки, почти 9% совершили самоубийство в последующие пять лет, тогда как сравнительное число самоубийств среди девушек составляет от 1 до 4% (King, 1997).

Известные факторы риска подросткового суицида. В исследованиях, где делаются попытки выявления лиц с высоким риском завершенного суицида, и тех, кто предпринимает некатастрофические суицидные попытки, обнаруживается, что у первых сравнительно чаще отмечаются нарушение поведения и злоупотребление психоактивными веществами (особенно алкоголем), тогда как у вторых — расстройства настроения (Berman & Jobes, 1992). Однако эти различия имеют лишь относительный характер, и каждое из указанных психопатологических состояний подвергает подростков риску как некатастрофической попытки, так и завершенного суицида. Риск завершенного суицида повышается у тех, кто страдает двумя или несколькими указанными расстройствами. Наличие в доме огнестрельного оружия также более характерно для случаев завершенного суицида, чем для ситуаций, когда суицидная попытка лишь предпринимается (King, 1997).

Почему в подростковом возрасте имеет место возрастание суицидных попыток и завершенных суицидов? На то есть две достаточно очевидные причины. Во-первых, это период, для которого характерно более частое развитие депрессии, алкоголизма, наркомании и нарушений поведения, которые, как уже отмечалось, сопряжены с риском суицида. Кроме того, по сравнению с детьми младшего возраста, подростки бывают более сензитивны к ситуации отсутствия контроля, которая, случается, возникает в дезадаптивной домашней среде. Зачастую они не готовы решать проблемы и строить позитивные стратегии будущей жизни (King, 1997). Это означает, что им трудно «выйти за рамки» положения, в котором они непосредственно находятся.

Помимо сказанного, ознакомление с суицидом через средства массовой информации привело к сообщениям о суммарном росте числа самоубийств подростков, возможно, и потому, что они высоко восприимчивы к суггестии и имитативному поведению (Berman & Jobes, 1992). Однако изучение гипотезы о контагиозности суицида, предпринимавшееся в последнее десятилетие, показало, что этот эффект хотя и действительно существует, но незначительно влияет на проблему в целом. Установлено, что от 1 до 13% подростковых самоубийств являются результатом воздействия контагиозных факторов (Veltung & Gould, 1997).

Многие учащиеся колледжей кажутся особенно уязвимыми в плане развития суицидных мотиваций. Совокупность стрессоров, которыми выступают учебные требования, проблемы социальных контактов и выбор карьеры, возможно, вступающие в противоречие с их базовыми ценностями, исключают для некоторых учащихся возможность дальнейшего приспособления в соответствии с требованиями жизненных ситуаций. В Соединенных Штатах суицидные попытки ежегодно пред-

принимают около 10 000 учащихся колледжей, и около 1000 из них оказываются успешными. Девушки-студентки, отражая общую тенденцию, совершают их примерно в 3 раза чаще, чем юноши, однако последние чаще доводят дело до конца. Описание сигнальных предвестников возможного суицида со стороны учащегося представлено в справке 6.4.

Прочие психосоциальные факторы, связанные с суицидом

Специфические факторы, приводящие человека к суициду, могут принимать различные формы. Например, у мужчины средних лет после того, как его повысили в должности и назначили президентом банка, в котором он работал, развилось глубокое чувство вины; вскоре после повышения он перерезал себе горло. Подобные «суициды успеха» связаны, несомненно, с теми редкими депрессивными эпизода-

СПРАВКА 6.4

Предвестники возможного суицида со стороны учащегося

Перемены в настроении и поведении учащегося являются серьезным предупреждением о возможности суицида. В типичных случаях человек становится подавленным и отрешенным, заметно теряет уважение к себе и не соблюдает правил личной гигиены. Эти признаки сопровождаются выраженной потерей интереса к учебе. Часто бывает, что он перестает посещать колледж и большую часть дня остается дома. Как правило, студент сообщает о своем дистрессе по меньшей мере одному человеку. Нередко это носит форму завуалированного предупреждения о суициде.

Когда студенты колледжей предпринимают суицидные попытки, одной из первых причин такого поступка окружающие обычно называют плохую успеваемость. Однако если рассматривать этих студентов как группу, мы увидим, что они, как правило, прекрасно учатся и, хотя склонны многого ждать от себя в плане успехов в учебе, их оценки и соперничество в желании преуспеть не считаются значимыми преципитирующими стрессорами. Кроме того, создается впечатление, что, хотя многие из них до проявления суицидных наклонностей, теряют интерес к учебе и потому снижают успеваемость, это в большей степени связано с депрессией и отрешенностью, которые вызваны иными проблемами. Более того, когда кажется, что отставание в учебе явилось в некоторых случаях триггером для суицидного поведения, то фактической причиной последнего оказывается, как правило, не само по себе фиаско, а утрата самоуважения и неспособность оправдать родительские ожидания.

Для большинства учащихся с суицидным настроем, как мужского, так и женского пола, главным преципитирующим стрессором оказывается либо неспособность установить тесные межличностные отношения, либо их утрата. Часто таким фактором становится неудачная любовь. Было также подмечено, что суицидные попытки и завершенный суицид значительно чаще наблюдаются среди учащихся из семей, переживших разделение, развод или смерть одного из родителей.

Несмотря на то что во многих колледжах и университетах существуют службы охраны психического здоровья, задачей которых является оказание помощи учащимся, пребывающим в состоянии дистресса, лишь немногие студенты, питающие суицидные мысли, обращаются за профессиональной помощью. Поэтому для окружающих жизненно важно заметить тревожные предвестники и постараться заручиться помощью специалистов.

ми, которые кажутся спровоцированными позитивными жизненными событиями. Гораздо чаще суицид сопряжен с негативными событиями: серьезными финансовыми неудачами, тюремным заключением или кризисом межличностных отношений. Общим знаменателем может быть либо то, что эти события ведут к потере смысла в жизни, либо (а также) ощущение безнадежности собственного будущего (Beck et al., 1985; Eyman & Eyman, 1992). Эти переживания как независимо, так и в сочетании друг с другом могут вызвать душевное состояние, в котором суицид представляется возможным выходом из ситуации. Тем не менее данные некоторых исследований позволяют предположить, что безнадежность в отношении будущего может быть более важным предвестником суицида в его отдаленной перспективе (например, через год или два), а не в ближайшем будущем (через недели или месяцы) (D. C. Clark, 1995).

Исторически исследователи выдвигали несколько теорий суицидного поведения. Общее их описание тяготеет к абстракции и даже обезличенности, в связи с чем упускается из виду нечто, описывающее эмоциональный заряд при суицидном акте. Шнейдман, который вот уже свыше 30 лет является ведущим суицидологом, неоднократно обращался к понятию «суицидный склад ума». Недавно он написал следующее: «Суицид почти всегда вызывается болью, ее определенной разновидностью — психологической болью, или „душевной болью"... Иными словами, смерть в результате суицида является бегством от боли... Боль — значимый сигнал, подаваемый природой. Она предупреждает нас, одновременно мобилизует и подтачивает наши силы; боль, по своей природе вынуждает нас остановить ее или убежать... „Душевная боль" есть травма, мука или страдание, которое прочно закрепляется в сознании. Она изначально имеет психологическую природу — боль, вызванная чрезмерным стыдом, виной, страхом, тревогой, одиночеством, тоской и ужасом перед старением или мучительной смертью. Интроспективная реальность „душевной боли" неоспорима. Суицид происходит, когда она кажется невыносимой и человек активно ищет смерти, чтобы остановить непрекращающийся поток болезненного сознания. Суицид — трагическая пьеса, разыгрывающаяся в душе» (Shneidman, 1997, pp. 23, 24, 29).

Такое же представление о суициде как бегстве от невыносимых переживаний мы видим и в другом теоретическом анализе суицида, предпринятом Баумейстером (Baumeister, 1990). Баумейстер понимает суицид как в первую очередь бегство от себя или, по крайней мере, от самосознания. Стремясь к этому, человек добивается «когнитивной деструкции», приводящей к нелогичности, отрешенности, в результате чего подобное радикальное действие оценивается им как приемлемое.

Однако какие психологические факторы приводят к этому состоянию? В недавнем обзоре литературы по этиологии суицидного поведения был сделан вывод, что оно является итоговым результатом длинной последовательности событий, берущей начало в детстве. Есть данные, свидетельствующие о том, что люди, у которых развиваются суицидные тенденции, нередко происходят из среды, отмеченной той или иной выраженной семейной психопатологией и ее различными сочетаниями (алкоголизмом, депрессией, суицидным поведением), дурным обращением с детьми (физическое или сексуальное насилие) и/или неустойчивостью семьи. Эти ранние переживания связаны у ребенка, а впоследствии — у взрослого человека с низким самоуважением, безнадежностью и плохими навыками принятия решений. Таким образом,

ранние негативные переживания подобного рода оказывают серьезное разрушающее воздействие на когнитивное функционирование индивида. Данные когнитивные дефекты могут опосредованным образом оказывать влияние на суицидное поведение (Yang & Clum, 1996). Установление валидности представленной модели требует проведения еще многих исследований, но в целом она вызывает интерес, так как связывает ранние события детства [отдаленные (дистальные) причинные факторы] со зрелым когнитивным функционированием. Это в свою очередь приводит к непосредственной уязвимости перед суицидными мышлением и поведением, которые провоцируют попытку суицида, когда индивид сталкивается с острым кризисом.

Биологические причинные факторы

Существует большое количество данных о том, что суицидные тенденции наблюдаются иногда у многих членов одной семьи и что в риске суицида могут играть роль генетические факторы (Arango & Underwood, 1997). В ряде исследований, например, было показано, что среди биологических родственников субъектов, выросших в чужой семье и совершающих суицид, самоубийства случаются чаще, чем среди приемных родных (например, Wender et al., 1986). Более того, уровни конкордантности по суициду для монозиготных близнецов в 5 раз превышают таковые для дизиготных. Помимо этого, генетическая уязвимость может быть связана и с биохимическими коррелятами суицида, которые были обнаружены в ходе многих исследований. Накапливающиеся данные показывают, что у жертв суицида часто нарушено функционирование серотонина; в свою очередь, снижение серотонинергической активности сопровождается повышением риска суицида, особенно с применением гарантированных и жестких методов. Подобные исследования предпринимались не только при посмертном изучении жертв суицида, но также в ходе обследования людей, которые совершили суицидную попытку, но выжили, и эта связь представляется независимой от психиатрического диагноза состоявшихся и несостоявшихся самоубийц (Arango & Underwood, 1997). Для людей, госпитализированных после суицидной попытки и отличающихся низким содержанием серотонина, вероятность самоубийства в течение следующего года в 10 раз выше, чем для лиц с нормальным содержанием серотонина. Кроме того, даже у людей, не склонных к суициду, низкое содержание серотонина сопряжено с тенденцией к импульсивному насильственному поведению (Harvard mental health newsletter, 1996). К сожалению, в исследованиях, предпринимавшихся в данной сфере, не рассматривалась степень, в которой одни и те же генетические и прочие биологические факторы, участвующие в суициде, пересекаются с теми, что связаны с развитием униполярной и биполярной депрессии.

Социокультурные факторы

Оказывается, что распространенность суицидов значительно варьирует в разных странах. Наибольшая их частота отмечена в Венгрии, где ежегодно происходит свыше 40 самоубийств на 100 000 населения (примерно в 4 раза больше, чем в Соединенных Штатах), однако после демократизации правления эта цифра могла немного снизиться (Velting & Gould, 1997). К другим западным странам с высокой частотой самоубийств — 20 случаев на 100 000 населения — относятся Швейцария, Финляндия, Австрия, Швеция, Дания и Германия. Высока частота суицидов

и в Японии. В Соединенных Штатах она составляет приблизительно 11–12 случаев на 100 000 населения, что в грубом приближении сопоставимо с таковой для Канады. К странам с низкой частотой суицидов (менее 9 случаев на 100 000 населения) относятся Египет, Греция, Италия, Израиль, Испания, Мексика и Ирландия (World Health Organization, 1987). Как упоминалось выше, в определенных сообществах, например среди аборигенов западно-австралийских пустынь, количество самоубийств практически равно нулю, что может быть связано с сильным культурно обусловленным страхом смерти (Kidson & Jones, 1968). Эти данные, однако, нужно рассматривать в свете того факта, что в разных странах существуют широкие различия в критериях, позволяющих установить, была ли смерть результатом суицида (Hawton, 1992), а выраженные различия в количестве регистрируемых случаев могут в значительной мере определяться именно этим обстоятельством.

Важными детерминантами количества суицидов являются религиозные табу, относящиеся к самоубийству, и установки общества по отношению к смерти. Католицизм и ислам решительно осуждают самоубийство, и частота суицидов в католических и исламских странах соответственно низка. Так, в большинстве стран были разработаны энергичные санкции против самоубийств, и у многих народов суицид по-прежнему считается как преступлением, так и грехом.

Япония — одна из немногих стран, где суицид, совершенный при определенных обстоятельствах, снискал социальное одобрение: например, самоубийство, совершенное в ответ на условия, позорящие индивида или группу. Во время Второй мировой войны сообщалось, что многие японские крестьяне совершали массовые самоубийства, поставленные перед фактом неминуемого пленения союзническими войсками. Поступали сообщения и о коллективных самоубийствах японских военных, когда им грозило поражение. В случаях действий *камикадзе*, японских пилотов, которые в конце войны направляли свои начиненные взрывчаткой самолеты на американские военные корабли, самоуничтожение было способом продемонстрировать личную преданность народному делу. Установлено, что в этом патриотическом порыве погибли 1000 молодых японских пилотов. Несмотря на эффективность подобной атаки, трудно представить, чтобы такую команду мог дать американский командир или такому приказу подчинились американские летчики. Тем не менее сопоставимые акты самоуничтожения и сегодня практикуются на Ближнем Востоке, где мусульманские экстремисты способны на самоубийство для гарантии того, что машина, начиненная взрывчаткой, поразит намеченную цель.

Кроме того, имеются интересные кросс-культурные гендерные различия в преимущественной вероятности суицидных попыток и завершенного суицида для мужчин и женщин. Хотя в Соединенных Штатах женщины больше склонны к попыткам, а мужчины — к завершению суицида, во многих других странах дело обстоит иначе. Например, в Индии, Польше и Финляндии мужчины чаще, чем женщины, предпринимают некатастрофические суицидные попытки, а в других странах, таких как Канада и Шри Ланка, цифры оказываются примерно одинаковыми. Более того, в Китае, Индии и Папуа—Новой Гвинее женщины чаще, чем мужчины, доводят самоубийство до конца (Canetto, 1997).

В одном из первых исследований социокультурных факторов при суициде французский психолог Эмиль Дюркгейм (Durkheim, 1897/1951) попытался связать различия в частоте самоубийств с различной степенью групповой сплоченно-

сти. Анализируя отчеты о суицидах в разных странах и в разные исторические периоды, Дюркгейм заключил, что важнейшим средством сдерживания суицидов в периоды личного стресса является чувство сопричастности и идентичности с другими людьми. Более близкие к нам по времени исследования подтверждают эту идею, показывая, например, что брак и дети защищают индивида от суицида (Maris, 1997).

Вероятно, что предположения Дюркгейма будут содействовать осмыслению большой частотности суицидов среди тех слоев нашего общества, которые пребывают в состоянии неопределенности и социальной незащищенности на фоне отсутствия прочных групповых связей. Например, хорошо известна связь между безработицей и суицидами (особенно у мужчин), которая может объясняться главным образом воздействием безработицы на психическое здоровье (Hawton, 1992; Maris, 1997). Аналогичным образом было найдено, что число суицидов превышает среднее для людей, «катящихся по наклонной» (или боящихся, что могут стать таковыми), а также для групп, ощущающих сильное социальное давление. Например, в 1932 году в Соединенных Штатах, в период пика Великой депрессии, частота суицидов с отметки менее чем 10 случаев выросла до 17,4 на 100 000 населения; в первые годы тяжелого экономического спада середины и конца 1970-х годов этот уровень снова повысился (National Institute of mental health, 1976; Wekstein, 1979). Аналогичная ситуация возникает, когда люди испытывают негативные воздействия окружающей среды, такие как безработица и отчуждение, которые, по всей вероятности, повышают частоту суицидов среди чернокожих представителей нашего общества.

Суицидная амбивалентность

Суицидные мысли часто отмечены амбивалентностью. Некоторые люди на самом деле не хотят умирать; в их намерение входит передать окружающим драматическое послание, содержащее сообщение о беде. Эти суицидные попытки подразумевают не смертельные методы, например, прием препаратов в минимальных дозах или неглубокие разрезы на запястьях. Они обычно создают такую ситуацию, что постороннее вмешательство становится почти неизбежным. В Соединенных Штатах в эту группу входят главным образом женщины, так как в обществе укоренились определенные представления о том, что они беспомощны, должны надеяться на чужую помощь (Canetto, 1997). В отличие от них некоторые люди, судя по их действиям, рассчитывают именно умереть. Они стараются не выдавать своего намерения; полагаются, как правило, на более грубые и надежные средства совершения суицида, такие как огнестрельное оружие или прыжок с высоты. Исследователи установили, что эта группа образует меньшую часть суицидальной популяции. Успешные профилактические вмешательства в таких случаях сопряжены с исключительными трудностями.

Существует еще одна подгруппа людей, которые амбивалентно относятся к желанию умереть и в вопросах о смерти считают нужным полагаться на волю судьбы. Хотя разрыв любовной связи, финансовые проблемы и чувство всеобщей бессмысленности могут иметь место, человек, входящий в эту подгруппу, все еще питает некоторую надежду на то, что дела уладятся. Средства, используемые им при суицидных попытках, зачастую опасны, но действуют замедленно, как, например, при приеме лекарственных препаратов. Чувства, возникающие при таких попытках, в целом могут звучать так: «Если я умру, конфликт будет улажен, но если меня

спасут, то, значит, так тому и быть». Люди из этой подгруппы часто ведут бурную, полную стрессов жизнь и не раз повторяют суицидные попытки.

После неудачной попытки самоубийства эмоциональный взрыв, как правило, в значительной мере проходит. Это особенно справедливо в случае ожидания летального исхода, когда, например, человек, бросался под поезд. Подобные люди могут объяснять свое выживание вмешательством сверхъестественных сил: «Они были избраны, чтобы продолжать жить» (O'Donnell, Farmer & Catalan, 1996). Однако некоторое ослабление переживаний, как правило, непродолжительно, и за ним может вновь последовать суицидное поведение. На протяжении года, следующего за попыткой суицида, повторение подобных действий наблюдается часто. Примерно от 12 до 25% лиц, совершающих повторную суицидную попытку, попадают в тот же стационар в течение календарного года. Существует повышенный риск того, что вторая попытка приведет к смерти, особенно если первая предпринималась с целью достижения катастрофического результата (Hawton, 1992). Длительные наблюдения за лицами, совершившими суицидную попытку, показывают, что из них в итоге от суицида погибает от 7 до 10% (D. C. Clark, 1995). Более того, из всех людей, совершающих суицид, около 20–40% имеет в анамнезе одну или несколько подобных попыток. Однако почти половина лиц, решившихся на такой шаг, в прошлом не пыталась этого делать (D. C. Clark, 1995).

Передача сообщения о намерении совершить суицид

Исследования развеяли трагическое заблуждение, согласно которому люди, грозящиеся покончить с собой, на практике редко реализуют свои угрозы. В одном из последних обзоров исследовательских работ, проводившихся по всему миру и сопровождавшихся интервью с друзьями и близкими самоубийц, было показано, что свыше 40% из них ясно и недвусмысленно сообщали о своем намерении, тогда как другие 30% говорили о смерти на протяжении месяцев, предшествовавших суициду. Как правило, это намерение доводилось до сведения ряда людей за несколько недель или месяцев до самоубийства (D. C. Clark, 1995). Тем не менее следует помнить и о том, что подобная информация всегда собирается постфактум, и большинство интервьюируемых заявляют, что суицид стал для них полной неожиданностью.

Необходимо подчеркнуть, что большинство этих сообщений о намерениях адресовано друзьям и близким, а не профессионалам, занимающимся охраной психического здоровья. В действительности, около 50% людей, погибающих в результате суицида, в течение жизни никогда не встречались с такими специалистами, и только 25–30% к моменту своей смерти находятся под наблюдением (Clark & Fawcett, 1992). В целом это справедливо даже для лиц с большой депрессией. По данным исследования, проведенного в Финляндии, из всех индивидов с диагнозом тяжелой депрессии, совершивших самоубийство, к моменту своей гибели только 45% получали то или иное психиатрическое лечение и это лечение было, как правило, недостаточным и неадекватным (Isometsa et al., 1994).

Косвенные угрозы, сообщаемые друзьям и домашним, обычно включают в себя рассуждения о том, что лучше было бы умереть; обсуждение практики самоубийства и погребения; заявления типа «Если мы с вами еще увидимся...» и зловещие прогнозы на будущее. Сообщение — прямое ли, косвенное — о суицидном намерении обычно служит предупреждением и криком о помощи. Человек пытается вы-

разить свой дистресс и амбивалентность по отношению к суициду. Согласно мнению ряда исследователей, многие люди, обдумывающие суицид, могут чувствовать, что жить для них было бы предпочтительнее, если они заручатся пониманием и поддержкой семьи и друзей. Не получив этого после высказанной угрозы, они переходят к реальным действиям.

Предсмертные записки

Рядом исследователей были проанализированы предсмертные записки с целью осмысления мотивов и чувств людей, совершающих самоубийство. В некоторых научных работах, посвященных завершенным суицидам, было обнаружено, что записки оставлялись лишь в 15–25% случаев и были, как правило, адресованы родственникам или друзьям (Maris, 1997). Записки эти, в основном связные и разборчивые, либо лежали на трупах, запечатанные в конверты, либо оставлялись близ места совершения суицида. В одном классическом труде предсмертные записки были классифицированы с точки зрения эмоционального содержания: с позитивным, негативным, нейтральным и смешанным аффектом (Tuckman, Kleiner & Lavell, 1959). По частоте встречаемости того или иного аффекта записки подразделялись на группы в порядке убывания: позитивные, негативные, смешанные и нейтральные по содержанию.

Осмысление причин или мотивов к написанию (или не написанию) записок может способствовать, возможно, пониманию истоков этих вариаций. Например, написание записки позитивного содержания может проистекать из желания оставить в памяти близких позитивный след. Точнее говоря, заверения в любви и преданности, возможно, вызваны желанием убедить покидаемых близких в ценности их отношений.

Профилактика и вмешательство при суициде

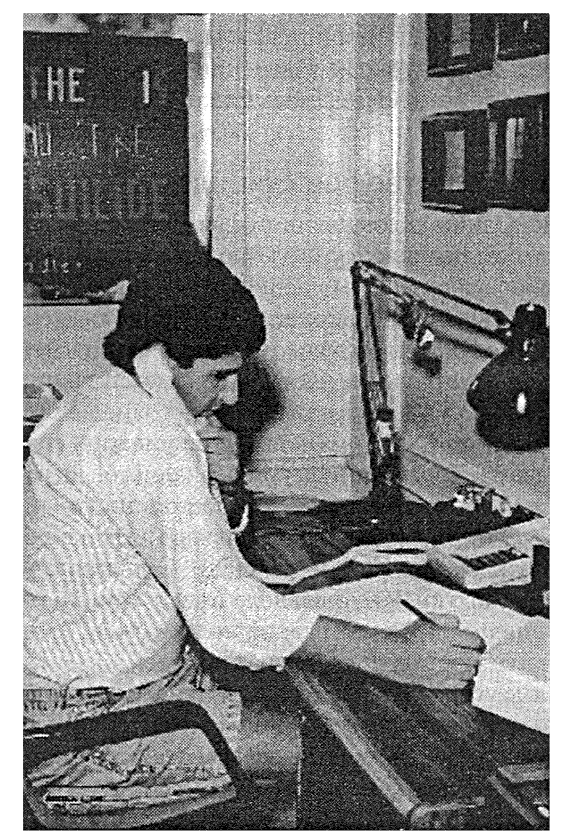
Предотвращать суициды крайне трудно. Одним осложняющим фактором является то, что бóльшая часть депрессивных и помышляющих о суициде людей не отдает себе отчета в ограниченности и иррациональности своего мышления, равно как и в том, что им требуется помощь. Как сообщалось выше, за психологической помощью обращается менее одной трети таких людей, а большинство из тех, кто все-таки к ней прибегает, не получает, возможно, адекватного содействия. Большинство из них предпочитают обращаться за медицинской помощью, предъявляя многочисленные расплывчатые жалобы соматического характера, в которых врачи не умеют распознать симптомы депрессии или алкоголизма. Другие посещают специалистов по настоянию членов семьи или друзей, обеспокоенных депрессивным состоянием индивида или его суицидальными угрозами. Однако подавляющее большинство не получают помощи, в которой отчаянно нуждаются. Как мы увидели, большинство людей, предпринимающих суицидную попытку, на самом деле не хотят умирать и заранее уведомляют о своих намерениях; если своевременно услышать их крик о помощи, то нередко удается осуществить эффективное вмешательство.

В настоящее время профилактические усилия сосредоточены главным образом на кризисном вмешательстве. Однако они постепенно расширяются, охватывая более глобальные задачи по устранению длительных стрессовых состояний, которые, как известно, связаны с суицидным поведением, а также анализ проблемы и борьбу за снижение суицида для групп высокого риска (Hawton, 1992).

Кризисное вмешательство

Основная цель кризисного вмешательства — помочь человеку справиться с временным жизненным кризисом. В случае, когда была предпринята серьезная суицидная попытка, необходима неотложная медицинская помощь, которую обычно оказывают в приемном отделении больницы общего профиля или клиники. Однако из всех суицидных попыток лишь около 10% считаются достаточно серьезными, чтобы требовать интенсивного врачебного ухода. Большинство людей, предпринявших попытку суицида, после оказания первой помощи направляют в стационарные или амбулаторные психиатрические заведения (D. C. Clark, 1995; Comstock, 1992). Это важно потому, что, как уже отмечалось, лица, предпринявшие суицидную попытку, впоследствии намного чаще совершают суицид, чем представители общей популяции, и, следовательно, остаются в группе относительно высокого риска.

В случаях, когда люди, помышляющие о самоубийстве, готовы обсудить свои проблемы с сотрудниками центра профилактики суицидов, фактическую суицидную попытку часто удается предотвратить. Главная цель при этом — как можно скорее помочь человеку вернуть способность преодолевать временные проблемы. Акцент обычно делается на следующем: 1) поддержании контакта с индивидом в течение короткого периода времени (обычно происходит от одного до шести контактов); 2) помощи в осознании того, что острый дистресс повреждает его способность правильно оценивать ситуацию и выбирать среди возможных альтернатив; 3) помощи индивиду в поиске других доступных и предпочтительных по сравнению с суицидом путей разрешения проблемы; 4) избрании высоко директивной и суппортивной роли и 5) помощи индивиду в осознании того, что существующие дистресс и негативные эмоции носят временный характер. Кроме того, в некоторых



В последние годы доступность квалифицированной помощи при суицидальном кризисе была обеспечена созданием центров профилактики суицидов. Эти центры призваны осуществлять кризисные вмешательства, как правило, посредством круглосуточных «горячих» телефонных линий.

случаях консультанты могут добиться понимания и эмоциональной поддержки от членов семьи или друзей клиента; они также активно прибегают к услугам соответствующих коммунитарных органов. Общеизвестно, однако, что все эти меры паллиативны и не могут считаться полноценной терапией.

Необходимо провести различие между: 1) индивидами, которые продемонстрировали относительно стабильное приспособление, но были истощены каким-то острым стрессом; они составляют около 35–40% от всех людей, попадающих в поле зрения больниц и центров профилактики суицидов, и 2) индивидами, которые раньше были плохо приспособлены и для которых текущий суицидный кризис означает усугубление существующих проблем; эти люди составляют 60–65% от общего числа людей, предпринимающих попытки суицида. В первом случае кризисного вмешательства обычно бывает достаточно, чтобы помочь человеку справиться с непосредственным стрессом и восстановить душевное равновесие. Для людей из второй группы кризисного вмешательства также может быть достаточно, чтобы помочь разобраться с текущей проблемой. Однако с учетом их стиля жизни, состоящего в «сползании из кризиса в кризис», им дополнительно необходимо проведение комплексной терапии.

Начиная с 1960-х годов доступность квалифицированной помощи при суицидальном кризисе была обеспечена посредством создания «горячих» телефонных линий при центрах профилактики суицидов. В настоящее время в Соединенных Штатах существует несколько тысяч таких линий. Однако Американской ассоциации суицидологии подведомственны менее 200 из них, что говорит о важности постановки вопроса качества помощи, оказываемой остальными центрами (Seeley, 1997). Задача этих центров сводится в основном к кризисному вмешательству посредством круглосуточной телефонной связи. Однако в некоторых организациях предлагаются долгосрочные терапевтические программы. Они могут также направлять людей с суицидными тенденциями в другие коммунитарные учреждения и организации для оказания им специализированной помощи. Центры профилактики суицидов укомплектованы многими специалистами, среди которых есть психологи, психиатры, социальные работники, представители духовенства и подготовленные волонтеры. Хотя целесообразность использования непрофессионалов в ответственный момент, когда осуществляется первый контакт с обратившимся в центр человеком, первоначально вызывала некоторые сомнения, опыт показал, что сочувственная забота и отношения на равных, обеспеченные волонтерами, могут быть высоко эффективными и помогают ему пережить кризис. К сожалению, всесторонняя оценка деятельности таких центров не выявила их большого влияния на частоту свершаемых суицидов, за исключением, возможно, случаев с молодыми женщинами, которые, главным образом, в эти центры и обращаются (Hawton, 1992; Seeley, 1997).

Серьезной проблемой, с которой приходится сталкиваться в центрах профилактики суицидов, является тот факт, что большинство людей, пользующихся их услугами, после первого контакта не обращаются вновь за дальнейшей помощью в этот центр или другие лечебные учреждения. Поэтому в некоторых центрах профилактики суицидов были предприняты попытки расширения комплекса услуг с целью повышения качества обслуживания клиентов, включая введение долгосрочного ухода и поддерживающих терапевтических программ. К сожалению, в одном из

недавних исследований с участием около 300 лиц, предпринявших суицидную попытку и в случайном порядке включенных в программу интенсивного психосоциального лечения, направленную на предотвращение новых суицидных попыток, контроль, проводившийся через год, не выявил различий в их частоте при сравнении данной программы с практикой «обычного ухода» (van der Sande et al., 1997).

Исследование групп высокого риска и другие меры воздействия

Многие исследователи подчеркивали необходимость в широко пропагандируемых профилактических программах, направленных на устранение жизненных проблем у людей, входящих в группу высокого риска по суициду. Недостаточное число таких программ не отвечает, к сожалению, потребностям общества, однако одним из подходов стало привлечение мужчин пожилого возраста — группы высокого риска — к выполнению социальных и интерперсональных ролей, подразумевающих помощь другим людям. Осуществление таких функций способно уменьшить чувства изолированности и бессмысленности жизни, характерные для данной возрастной группы. Подобные чувства часто развиваются из-за вынужденного выхода на пенсию, финансовых проблем, смерти близких, плохого здоровья и ощущения невостребованности.

К другим мерам, призванным расширить сферу применения программ профилактики суицидов, относится специальная подготовка представителей духовенства, медсестер, полицейских, педагогов и других профессионалов, которые контактируют со многими людьми в своих общинах. Важным аспектом такой подготовки является повышение у них внимания и сензитивности в отношении суицидальных угроз. Возможна, например, ситуация, когда прихожанин после церковной службы крепко сжимает руку священника и просит: «Помолитесь за меня». Священник, так как эта просьба совершенно естественна, не проявляя достаточного внимания и настороженности к проблеме суицида, отвечает ему просто: «Да, я помолюсь за вас». Затем он переходит к следующему в очереди, и лишь потом, через несколько дней, узнает, что его прихожанин покончил с собой.

Нерешенные проблемы:

Расстройства настроения и суицид

Большинство из нас считают, что жизнь — это большая ценность, ее нужно беречь. Поэтому суицид в нашем обществе обычно представляется не только трагическим, но и «неправильным» шагом. Однако усилия, направленные на профилактику суицидов, сопровождаются и этическими проблемами. Если человек хочет лишить себя жизни, то почему окружающие должны или вправе вмешиваться? Позиция, предполагающая, что другие люди должны поддержать индивида, остановить его, чтобы он не свершил самоубийство, разделяется не во всех обществах. Древние греки, например, полагали, что в смерти есть свое достоинство, и безнадежно больным людям государство может дать разрешение покончить с собой. Государственные чиновники выдавали тем, кто получал такое разрешение, яд болиголова (гемлок) (Humphry & Wickett, 1986). В некоторых западноевропейских странах, таких как современные Нидерланды, закон позволяет предоставлять безнадежно боль-

ным людям доступ к препаратам, которыми те могут воспользоваться для совершения самоубийства (Silverman, 1997).

В Соединенных Штатах, напротив, до настоящего времени ведутся горячие споры о праве смертельно больных или страдающих от хронической и нестерпимой боли людей сократить свою агонию. Одна из групп, Общество гемлока, поддерживает право безнадежно больных получить при наличии желания помощь, чтобы уйти из жизни (это называется **ассистированным суицидом** или **добровольной эвтаназией**); кроме того, общество обеспечивает группы поддержки для людей, принимающих такое решение. Некоторые другие группы выводят соответствующие вопросы на законодательный уровень. Доктор Джек Кеворкян, врач из Мичигана, помог совершить самоубийство 130 тяжело больным людям и, поступая так, пытался добиться от властей Мичигана принятия законов, дозволяющих подобные действия. Власти штата, однако, попытались воспрепятствовать Кеворкяну и впредь помогать людям уходить из жизни. Они предъявили ему обвинение по нескольким статьям и посадили в тюрьму, а его врачебная лицензия была аннулирована, так как он отказался подчиниться запрету на содействие людям в их суицидных устремлениях. В 1998 году Кеворкян вновь привлек к себе внимание и был привлечен к ответственности за обнародование видеозаписи, где было показано, как он помогает совершать самоубийства. Пленка была показана миллионам телезрителей в программе *CBS* «60 минут». Впоследствии он был обвинен, а в апреле 1999 года осужден за убийство второй степени. Он намеревается опротестовать приговор. Несмотря на неудачные попытки внести законы в поддержку ассистированного суицида для тяжело больных индивидов (на самом деле в Мичигане был принят закон о запрете на ассистированный суицид!), эта позиция была встречена с растущим сочувствием со стороны большого числа людей (Silverman, 1997). Аргументы, звучавшие против нее, включали в себя страх перед возможным злоупотреблением правом на суицид. Например, тяжело больные и люди с серьезными физическими недостатками могут ощутить себя обязанными покончить с жизнью и больше не обременять свои семьи уходом за ними или расходами на лечение в стационаре или хосписе. Однако, как указывают сторонники ассистированного суицида в нашей стране, в Нидерландах, где он является признанной нормой, подобных случаев не зафиксировано.

Но как быть с правами тех самоубийц, которые не больны неизлечимой болезнью и от которых зависят их дети, родители, супруги или другие близкие? Как поступить, если их смерть окажет пагубное, возможно, неизгладимое воздействие (Lukas & Seiden, 1990)? В данном случае «право на суицид», низведенное до таких конкретных аспектов, не очевидно. Еще менее явным право на суицид оказывается для тех, кто относится к самоубийству амбивалентно и мог бы в результате вмешательства продолжить свой жизненный путь, рассмотреть альтернативные способы преодоления дистресса. Однако в то же время кто обладает правом удерживать ближнего от самоуничтожения?

Не исключено, что первые суицидологи заблуждались, когда основное внимание уделяли «профилактике» суицидов. Другими исследователями было предложено «вмешательство» в суицид как термин, который более точен и описывает этически оправданный профессиональный подход к суицидальному поведению. Согласно этой точке зрения, вмешательство в суицид означает нейтральную

в отличие от профилактики моральную установку по отношению к нему и, при определенных обстоятельствах, например, при тяжелой болезни, может не исключать возможности помочь человеку в реализации его суицидного намерения (например, Nelson, 1984; Silverman, 1997).

Здесь, однако, нам нужно вновь подчеркнуть, что подавляющее большинство людей, предпринимающих попытку суицида, в действительности либо не стремится умереть, либо амбивалентно в своем отношении к самоубийству; и даже у той меньшей их части, что ищет смерти, это желание часто оказывается преходящим. При улучшении жизненной ситуации и выходе из депрессии суицидальный кризис, скорее всего, завершится и больше не повторится.

Проблема становится еще острее, когда профилактика требует принудительной госпитализации; когда отбираются личные вещи, такие как ремни и острые предметы; когда успокоительные средства вводятся в той или иной степени насильственно. Иногда, чтобы успокоить индивида, его нужно ограничить в движениях, причем значительно. Нередко, особенно в наше непростое время, бывает, что ответственный клиницист ощущает себя между двух огней, когда любое решение чревато для него судебным разбирательством. Необоснованное ограничение свободы может повлечь за собой иск о нарушении гражданских прав, тогда как неспособность воспользоваться всеми имеющимися мерами предосторожности в случае травмы или гибели пациента ведет к возможному обвинению в преступной небрежности со стороны врача, которое выдвинет семья пострадавшего (Fremouw et al., 1990). В настоящее время создалась ситуация, когда большинство практикующих врачей разрешает эту дилемму путем избрания максимально осторожного и консервативного курса лечения. Поэтому многих больных госпитализируют при недостаточных к тому клинических основаниях. Впрочем, даже в тех случаях, когда решение о госпитализации принимается вполне обоснованно, профилактические мероприятия могут быть бесполезны, так как по-настоящему целеустремленные индивиды умеют отыскивать способы покончить с собой, даже находясь под «неусыпным надзором».

Таким образом, неприятные этические проблемы, касающиеся необходимости и степени вмешательства при угрозе суицида, теперь осложнились не менее неприятными юридическими проблемами. Как и в других областях профессиональной деятельности, клиническая оценка больше не единственный фактор при принятии решения о вмешательстве. В клинических решениях широко учитываются моменты, которые ранее виделись несущественными или иррелевантными, например сумма страховки за возможную небрежность врача или предполагаемая вероятность судебного преследования со стороны семьи пациента. Так как это проблема социальная, то решения, если таковые найдутся, тоже будут иметь социальный характер.

Все высказанные соображения, вероятно, не решают вопроса об исходном праве индивида на суицид. Здесь, как и для большинства сложных этических проблем, не существует простых ответов. До тех пор пока это сомнительное право не будет (если будет) достаточным образом доказано, а общество не договорится об условиях его оправданной реализации, наиболее целесообразным решением будет содействие существующим программам профилактики (вмешательства) суицидов и поощрение изучения суицидного поведения с надеждой на снижение числа потерь человеческих жизней и страданий, причиняемых этим.

Резюме

К расстройствам настроения (ранее называвшимися аффективными расстройствами) относятся нарушения, главная черта которых — крайние перепады настроения: либо понижающегося, либо повышающегося. В обычной жизни мы все подвержены таким колебаниям в их мягкой и умеренной форме. Однако у некоторых людей крайности настроения любого знака причинно связаны с поведением, которое большинством расценивается как дезадаптивное. В этой главе были описаны официально признанные категории расстройств, связанных с дезадаптивными колебаниями настроения.

У большинства людей, страдающих данными расстройствами, имеет место та или иная форма униполярной депрессии: дистимия или тяжелая депрессия. В такой ситуации человек переживает ряд аффективных, когнитивных и мотивационных симптомов, включая стойкую грусть, негативные мысли о себе и будущем, недостаток энергии или инициативы для участия в ранее приятной для него деятельности. Часто нарушено и основное биологическое функционирование. Резким изменениям, например, подвергается паттерн сна, человек может утратить интерес к пище.

При биполярных расстройствах (циклотимии и биполярных расстройствах I и II) индивид переносит эпизоды как депрессии, так и мании или гипомании. По ходу маниакальных и гипоманиакальных эпизодов симптоматика обратна той, что наблюдается на протяжении депрессивного эпизода. Униполярные расстройства встречаются гораздо чаще, чем биполярные.

При униполярных расстройствах задействованы как биологические, так и психосоциальные причинные факторы. В отношении биологических причинных факторов есть данные об умеренной генетической обусловленности в предрасположенности к депрессии, но, однако, не к дистимии. Несмотря на то что мы до сих пор не знаем механизма, посредством которого биологические факторы вызывают большую депрессию, есть серьезные основания предполагать, что они действительно играют важную каузальную роль. Например, тяжелые формы депрессии отчетливо связаны с многочисленными взаимосвязанными нарушениями нейробиологической регуляции, охватывающей нейрохимическую, нейроэндокринную и нейрофизиологическую системы. Нарушение циркадных и сезонных ритмов при депрессии также подтверждает участие в этом процессе биологических факторов. Многие из наиболее важных исследований, предпринятых в последние годы, были посвящены дисфункции циркадного ритма и возможной ее связи со многими клиническими проявлениями депрессии.

Существует много теорий, рассматривающих психосоциальные причины униполярной депрессии. Когнитивная теория Бека и модифицированные теории беспомощности и безнадежности трактуются при помощи понятия диатезно-стрессовых моделей, где диатез имеет когнитивную природу (например, дисфункциональные убеждения и соответственно пессимистический стиль атрибуции). Диатезом к депрессии могут выступать и такие личностные переменные, как невротичность, социотропность и автономность. Психодинамические и интерперсональные теории подчеркивают важность ранних переживаний (особенно ранних утрат и качества отношений между родителями и ребенком) как задающих предрасположенность

к депрессии. Сегодня при помощи отдельно взятой теории не удается объяснить все причины депрессии и маловероятно, что будет возможно в дальнейшем объяснить посредством одной из них все причинные механизмы развития униполярной депрессии, которая, несомненно, определяется многими факторами.

При биполярных расстройствах биологические причинные факторы играют более значимую роль, чем при униполярных расстройствах. Генетическая составляющая при биполярных расстройствах выражена, скорее всего, сильнее, чем при каком-либо ином значимом психиатрическом расстройстве. Кроме того, в их развитии, несомненно, участвуют биохимический дисбаланс и аномалии гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, хотя точную природу этих аномалий еще предстоит установить. Имеются также убедительные данные, говорящие о связи биполярных расстройств с нарушением биологических ритмов. Одной из важных задач является установление причины, по которой один из лекарственных препаратов, литий, может способствовать устранению как маниакальной, так и депрессивной симптоматики. Стрессовые жизненные события могут провоцировать развитие маниакальных и депрессивных эпизодов, но маловероятно, чтобы они вызывали само расстройство, несмотря на то что оказывают влияние на время возникновения и частоту эпизодов заболевания.

При лечении более тяжелых расстройств часто применяются биологические методы, такие как медикаментозная или электросудорожная терапия. Однако во многих таких тяжелых, равно как и в более мягких случаях расстройств настроения, все чаще и с неплохими эффектами используются методы психосоциального лечения. Многие факты убедительно показывают, что рекуррентная депрессия лучше поддается специализированному психосоциальному лечению или пролонгированной медикаментозной терапии.

Суицид — неизменная опасность, сопутствующая депрессивным синдромам любой степени тяжести. Соответственно оценка риска суицида крайне важна для правильного ведения больных с депрессивными расстройствами. Незначительная часть суицидов представляется неизбежной, главным образом, тех, что совершаются с обдуманным намерением, когда человек действительно хочет умереть и прибегает к методам, гарантирующим смерть. Значительная часть суицидных действий (например, прием несмертельных или медленно действующих препаратов при высокой вероятности обнаружения попытки) больше мотивируется желанием прибегнуть к косвенной межличностной коммуникации, чем стремлением умереть. Между этими полюсами располагается большая группа людей, относящихся к самоубийству амбивалентно и предпринимающих опасные действия, которые могут привести, а могут и не привести к летальному исходу, в зависимости от мимолетных событий и импульсов. Программы профилактики суицидов обычно подразумевают кризисное вмешательство при помощи горячих телефонных линий. В некоторых случаях эти меры, несомненно, эффективны и предотвращают гибельную суицидную попытку, однако долгосрочная эффективность лечения, направленного на профилактику суицидов среди лиц, входящих в группу высокого риска, в настоящее время остается весьма сомнительной.

ГЛАВА 7

Соматоформные и диссоциативные расстройства

Задумайтесь над периодом, когда в вашей жизни возникали серьезные проблемы. Возможно, что вы вспомните и разрушительные эффекты тех стрессовых событий. Не исключено, что вы ощутите физическую боль или почувствуете себя будто в тумане. Нет сомнений в том, что расстройства, о которых пойдет речь в этой главе, большинству читателей покажутся гораздо менее знакомыми и понятными, если видеть в них просто преувеличенные, но обыденные психологические феномены, какими являются, например, ощущения депрессии и тревоги. Однако размышления над тончайшими эффектами стресса, например ощущением своего неполного присутствия в данном конкретном месте, могут чуть больше конкретизировать расстройства, которые мы собираемся обсудить. Согласно существующим представлениям, соматоформные и диссоциативные расстройства сопровождаются более сложными и трудно определяемыми ментальными процессами, чем те, с которыми нам до сих пор приходилось встречаться. В результате они ставят перед психопатологией как дисциплиной некоторые вопросы, относящиеся к числу самых интригующих и трудных.

Соматоформные расстройства представляют собой группу состояний, подразумевающих соматические жалобы или недееспособность, которые не сопровождаются какой-либо видимой соматической патологией, способной их объяснить. Несмотря на многообразие клинических проявлений — от слепоты до паралича — у них есть одна общая черта: все они являются выражением психологических проблем, изложенных на «телесном языке» проблем соматических, когда наличие последних не удается объективно подтвердить путем тщательного обследования. Не менее важным для этих расстройств служит то обстоятельство, что страдающие ими пациенты *не занимаются* простой симуляцией симптомов и обманом окружающих; бóльшая часть их сильно и искренне верит в то, что с их организмом происходит нечто ужасное. Поэтому многих таких людей можно видеть в приемных врачей общего профиля, которым нередко бывает трудно найти средство от их недугов.

С другой стороны, **диссоциативные расстройства** представляют собой состояния, при которых у индивида нарушается чувство личностной идентичности. Сюда входят некоторые феномены из числа самых ярких в психопатологии: люди, которые не могут вспомнить, кто они или откуда пришли; те, кто ощущает себя расщепленными на двух или нескольких индивидов с независимыми «личностями» и автобиографическими воспоминаниями. Термином **диссоциация** обозначается процесс как раз подобного расщепления, когда какая-то часть ощущения индивидом

себя и окружающего мира становится автономной и, как правило, недоступной для сознательной оценки и оперативного управления со стороны главной личности, или личности-«хозяина».

Первоначально, о чем говорилось ранее (глава 5), соматоформные и диссоциативные расстройства объединялись с тревожными расстройствами в рамках общей категории **неврозов, или психоневрозов**. Мы их рассмотрим в отдельной главе. Все больше эмпирических данных (например, Nijenhuis et al., 1998; Pribor et al., 1993; Ross, 1997; Saxe et al., 1994; van der Kolk et al., 1996) позволяют говорить о выраженной связи между диссоциативными тенденциями, с одной стороны, и вероятностью возникновения соматоформных симптомов — с другой. Наше обсуждение мы начинаем с соматоформных расстройств.

Соматоформные расстройства

Soma означает «тело», а соматоформные расстройства связаны с паттернами, при которых индивиды жалуются на соматические симптомы, вынуждающие сделать предположение о наличии у них соматического заболевания. Однако, как правило, в таких случаях не удается найти никакой органической основы, способной дать удовлетворительное объяснение причины жалоб. Обычно такие индивиды поглощены состоянием своего здоровья и разнообразными предполагаемыми расстройствами или болезнями своих органов.

Мы рассмотрим четыре более или менее самостоятельных соматоформных паттерна: соматизированное расстройство, ипохондрия, болевое и конверсионное расстройства. Несмотря на то что для всех этих расстройств характерно «невротическое» развитие или нагнетание физической недееспособности, причины и наиболее эффективные методы лечения каждого из них могут несколько различаться. Диагноз недифференцированного соматоформного расстройства выставляется при упорных (то есть предъявляемых на протяжении как минимум 6 месяцев) необоснованных жалобах, которые недостаточно внятны или интенсивны, чтобы удовлетворять критериям для более специфического соматоформного расстройства. Кроме того, в *DSM-IV* к соматоформным расстройствам отнесен шестой синдром — дисморфофобическое расстройство, при котором индивид поглощен каким-то воображаемым дефектом своей физической наружности. Мы, как отмечалось в главе 5, считаем, что это нарушение необходимо рассматривать как разновидность обсессивно-компульсивного расстройства.

Соматизированное расстройство

Соматизированное расстройство характеризуется многочисленными жалобами на физические недуги, предъявляемыми в течение длительного периода времени и возникающими до наступления 30-летнего возраста, которые не удается адекватно объяснить независимыми данными о наличии соматического заболевания или травмы и которые приводят к врачебному вмешательству или значительному ухудшению жизни. Поэтому неудивительно, что во всем мире соматизированное расстройство сравнительно часто обнаруживается у больных, обратившихся за помощью к врачам общего профиля (Gureje et al., 1997).

Диагносту не обязательно убеждаться в том, что в анамнезе пациента действительно числятся данные заболевания; бывает достаточно одного их предъявления. Как отмечалось в главе 1, в *DSM-IV* перечислены четыре типа и степени выраженности симптомов, которые, если каждый из них представлен хотя бы минимально, квалифицируются как удовлетворяющие диагнозу соматизированного расстройства. Давайте рассмотрим их более подробно.

1. **Четыре болевых симптома**: в анамнезе пациента(ки) должна быть боль, захватывающая как минимум четыре различных участка тела или функции, например головные боли, боли в животе, спине, суставах, прямой кишке или во время менструаций, полового акта, при мочеиспускании.
2. **Два гастроинтестинальных симптома**: в анамнезе пациента(ки) должно быть как минимум два симптома, отличных от болевых и относящихся к системе пищеварения, например, тошнота, метеоризм, диарея, непереносимость многих пищевых продуктов или рвота, не связанная с беременностью.
3. **Один сексуальный симптом**: в анамнезе пациента(ки) должен быть как минимум один симптом, затрагивающий репродуктивную систему и отличный от болевых, например сексуальное безразличие или дисфункция, дисменорея, рвота при беременности.
4. **Один псевдоневрологический симптом**: в анамнезе пациента(ки) должен быть как минимум один симптом неврологического заболевания, например разнообразные симптомы, имитирующие сенсорные или моторные нарушения, такие как потеря чувствительности или непроизвольное сокращение кистевой мускулатуры; или симптомы, говорящие о нарушениях сознания или памяти, например эпизод диссоциативной амнезии, которая будет описана ниже.

Основные признаки соматического расстройства представлены в описании истории болезни женщины, которой дополнительно был поставлен вторичный диагноз депрессии.

Разбор случая: женщина с неустановленным заболеванием. Женщина 38 лет, замужем, мать пятерых детей, госпитализирована в психиатрическую клинику. Она жалуется на депрессию, удовлетворяющую критериям для большого депрессивного расстройства. Ее брак, заключенный, когда ей было 17 лет, оказался весьма неудачным; муж описывается как алкоголик, не имеющий постоянного места работы; в семье часто возникают ссоры из-за финансовых проблем, ее равнодушия к сексу и жалоб на боль во время полового акта.

Из анамнеза следует, что в период с 19 до 29 лет пациентка сама злоупотребляла алкоголем, но с тех пор воздерживается от него. Она говорит, что с детства была нервной и подолгу болела в юности и полагает, что больна неустановленным соматическим заболеванием. Пациентка ощущает боль в груди, а врачи, по ее словам, говорили, что у нее «сердечный невроз». Она часто посещает врачей из-за болей в животе, которые были диагностированы как следствие «спазма толстого кишечника». Помимо обычных врачей, она консультировалась у хиропрактиков и остеопатов в связи с болями в спине, конечностях и онемением в кончиках пальцев. Она проходила лечение в стационаре в связи с жалобами на боли в груди и животе, а также рвоту; в ходе этой

госпитализации ей была проведена гистерэктомия. После операции ее беспокоили приступы тревоги, обмороки, рвота, непереносимость пищи, слабость и утомляемость. При обследовании никакой соматической патологии найдено не было.

Пациентка объясняет свою депрессию гормональными нарушениями, продолжая искать медицинское объяснение и другим своим проблемам (по Spitzer et al., 1994, pp. 404–405).

Соматизированное расстройство, ранее называвшееся синдромом Брике в честь французского врача, который первым его описал, изучалось не так широко, как другие соматоформные расстройства. Считается, что у женщин оно встречается примерно в 10 раз чаще, чем у мужчин, при этом общая распространенность расстройства на протяжении жизни составляет 2% (American Psychiatric Association, 1994). Поэтому, несмотря на то что в медицинских учреждениях с ним сталкиваются довольно часто, мы совершенно ничего не знаем о его патогенезе и этиологии.

Имеются данные о его наследственной связи с асоциальным личностным расстройством (см. главу 9), то есть о некоторой генетической основе. Кроме того, существуют определенные предположения, основанные на том факте, что распространенность этих расстройств у мужчин и женщин носит диаметрально противоположный характер. Так, общая скрытая предрасположенность приводит мужчин к асоциальному поведению, а женщин — к соматизированному расстройству (Guze et al., 1986; Lilienfeld, 1992; Sigvardson et al., 1984). Эти расстройства непропорционально часты среди лиц с более низким социоэкономическим статусом (Lilienfeld, 1992), что затрудняет изучение проблемы вероятности наследования. Однако если исходить из достаточно сомнительного допущения о всецело генетической основе их связи с семейными факторами, то далеко неясно: 1) каким образом какое-либо генетическое влияние такого рода может стимулировать подобные исходы, 2) почему они варьируют в зависимости от пола и 3) какую роль играет, если играет вообще, низкий социально-экономический статус в развитии этих расстройств. По-видимому, наблюдаемые здесь связи могут объясняться общей и значительной дезорганизацией семьи, что связано, как известно, и с жестоким обращением с детьми, практикуемым в той или иной форме.

Ипохондрия

Принципиальные различия между соматизированным расстройством и **ипохондрией** остаются неясными, хотя диагностические критерии *DSM-IV* позволяют провести между ними практическое разграничение. Очевидно, что эти два расстройства (если они действительно самостоятельны) находятся в тесном родстве (см. Noyes et al., 1983). Основные различия, как представляется, состоят в том, что ипохондрия может дебютировать после 30 лет и что в этом случае жалобы не обязательно фокусируются на каком-то конкретном наборе симптомов или на их обилии. Индивид, страдающий ипохондрией, фокусируется главным образом на идее, что он серьезно болен, например туберкулезом или раком легкого, так что предъявляемый недуг не отличается разнообразием симптоматики или физической недееспособности.

Ипохондрия — один из наиболее часто встречающихся соматоформных паттернов; среди больных, посещающих врачей общего профиля, она имеет место у 4–9%. Расстройство характеризуется многочисленными и упорными жалобами на возмож-

ное соматическое заболевание, которые предъявляются даже при отсутствии каких-либо данных в пользу этой болезни. Ипохондрические жалобы обычно не ограничиваются каким-то физиологически согласованным паттерном симптоматики; скорее, они выражают озабоченность индивида своим здоровьем и нереалистические страхи, связанные с болезнью. Хотя такие люди не устают обращаться к врачам, врачебные заверения ни в коей мере не снижают их беспокойства. Более того, они нередко разочаровываются, узнав, что у них не нашли никакой соматической патологии.

Основные характеристики

Индивиды с ипохондрией могут жаловаться на неприятные и своеобразные ощущения в области желудка, груди, головы, гениталий или в других частях тела. Однако обычно они не в состоянии четко описать свои симптомы. Пациенты могут начать жалобы с упоминания о боли в животе, которая после дальнейших расспросов оказывается вовсе не болью, а сосущим ощущением или, быть может, ощущениями жара, тяжести, место сосредоточения которых при более тщательном обследовании может мигрировать в соседнюю область живота и так далее. Такие индивиды постоянно находятся начеку и выискивают новые симптомы, описание которых может не поддаваться простой языковой коммуникации.

Как правило, ипохондрики запоем читают популярные медицинские журналы и, если только узнают о какой-то новой болезни, немедленно и прочно уверяются в том, что больны этим заболеванием. Они главные потребители патентованных (и зачастую практически бесполезных) средств, реклама которых обещает избавить от неопределенных недугов, например от «вялости крови» или «дисфункции органов». Эти индивиды с готовностью диагностируют у себя туберкулез, рак, экзотические инфекции и многие другие болезни. Их болезненная озабоченность процессами в своем организме в сочетании с часто ограниченным знанием соматической патологии (см. случай ниже) приводит к некоторым любопытным диагнозам. Так, один пациент нашел у себя «опущение поперечной ободочной кишки» и добавил: «Если я плох хотя бы наполовину от того, что я думаю, то я покойник».

Эта установка представляется типичной: подобные индивиды уверены в том, что тяжело больны и никогда не поправятся. Тем не менее они, невзирая на преувеличенную обеспокоенность своим здоровьем, обычно не выказывают того силь-



Индивиды, страдающие ипохондрией, поглощены состоянием своего здоровья и нереалистическими страхами, связанными с болезнями. Они убеждены в наличии у себя симптомов соматического заболевания. Однако их жалобы обычно не согласуются ни с какими паттернами симптомов, и им, как правило, трудно дать точное описание своих ощущений.

ного страха или тревоги, которых можно ждать от людей, страдающих столь ужасными заболеваниями, чем и выделяются среди других пациентов. Такие люди, как правило, пребывают в хорошей физической форме. Однако при этом они искренни в своем убеждении, что симптомы, которые они у себя находят, свидетельствуют о реальной болезни. Они не **симулируют**, не занимаются сознательной имитацией симптомов для достижения особых целей, не имеющих отношения к медицине. В то же время у внимательного слушателя может сложиться впечатление, что в этих жалобах содержится нечто большее.

В представленном ниже случае описана типичная клиническая картина ипохондрии, а также продемонстрировано, что значительная искушенность в медицинских вопросах не защищает индивида от развития этого расстройства.

Разбор случая: радиолог с уплотнением в животе. Врач-радиолог, 38 лет, впервые пришел на прием к психиатру после того, как его 9-летний сын случайно увидел, что его отец пальпирует (изучает путем ощупывания) свой живот, и спросил: «Папа, а что у тебя на этот раз?» Сам инцидент и ощущение вслед за этим гнева и чувства стыда радиолог описывает со слезами на глазах. Он также рассказывает о недавнем возвращении из другого штата, где проходил десятидневное обследование в знаменитом диагностическом центре, куда был направлен рассвирепевшим коллегой-гастроэнтерологом, доведенным, по его словам, «до ручки» своим пациентом. Многочисленные осмотры и лабораторные исследования, выполненные в центре, не выявили никакого серьезного соматического заболевания. Об этом заключении пациент говорит, скорее, с негодованием и разочарованием, нежели с облегчением.

В анамнезе пациента присутствует давний паттерн сверхозабоченности своим здоровьем, возникший в возрасте 13 лет и усугубленный его медицинскими познаниями, приобретенными в институте. Однако вплоть до самого последнего времени он сохранял разумный контроль над своими тревогами, отчасти потому, что стыдился обнаружить их перед другими врачами. В профессиональной деятельности он добросовестен и добился успеха, ведет активную общественную жизнь. Однако в свободное время, оставаясь дома один, подолгу лежит в постели. Его жену, как и сына, все больше раздражает выказываемая им болезненная обеспокоенность опасной, но неуловимой болезнью.

Описывая свои нынешние симптомы, пациент говорит, что на протяжении последних нескольких месяцев он все чаще улавливает разнообразные звуки и ощущения в животе, а иногда ему удается прощупать «плотное образование» внизу слева. Он подозревает у себя карциному (рак) толстой кишки и еженедельно проверяет свой стул на предмет содержания в нем скрытой крови, каждые 2–3 дня по 15–20 минут пальпирует свой живот. После работы он несколько раз втайне проводил себе рентгенологическое обследование. В целом удрученный, пациент заметно оживляется, когда описывает клинически несущественную находку — аномалию уретры, которую сам у себя обнаружил при лабораторном исследовании (по Spitzer et al., 1994, pp. 88–90).

Как и в описанном случае, индивиды, страдающие ипохондрией, часто выказывают заметную озабоченность состоянием своих пищеварительных и экскреторных функций. Некоторые из них ведут дневник, где отмечают кишечную перистальтику, а большая их часть способна представить подробную информацию о своем питании, запорах и тому подобном. Многие, как говорилось ранее, прибегают к разного рода самолечению с помощью методов, часто рекламируемых телевидением. Однако у них нет снижения или нарушения сенсорного, моторного и висцерального

функционирования, которое наблюдается при конверсионном расстройстве (обсуждаемом ниже); их жалобы также не носят причудливой бредовой окраски, они, например, не сообщают, что у них «гниют внутренности» или «пересыхают легкие», что можно слышать при некоторых психотических расстройствах.

Больше, чем можно увидеть?

Большинство из нас в детстве отлично усвоили, что, когда мы болеем, к нам относятся с особой заботой и вниманием и освобождают от ряда обязанностей или по крайней мере от выполнения определенных рутинных дел. Взрослые, страдающие ипохондрией, хорошо усвоили этот урок. Такие люди часто говорят: «Я заслуживаю большего внимания и заботы с вашей стороны» и «Вы не вправе требовать от меня того, что требуете от здорового человека». Как правило, эти послания передаются через нечто большее, чем гневный упрек или жалобный, безутешный призыв.

Разумно предположить, что эти больные в целом страдают от проблем, которые глубже заурядного страха перед болезнью, и большинство ипохондриков удовлетворяет также критериям для других психиатрических диагнозов I оси (Barsky, Wyshak & Klerman, 1992). Более того, Барски с коллегами (Barsky et al., 1994) указали на то, что в анамнезе таких пациентов по сравнению с контрольной группой намного чаще звучат психологические травмы, включая физическое и сексуальное насилие. Кроме того, из рассказов наблюдаемых ими больных эти авторы выяснили, что те много болели в детстве и часто пропускали занятия в школе, из чего следует, что паттерн сообщения о психическом дистрессе через ссылки на физическое недомогание был усвоен ими очень рано.

Итак, ипохондрию можно рассматривать как своего рода насущную межличностную коммуникацию, равно как и расстройство, предполагающее анормальную обеспокоенность заболеваниями. Лечение последнего без учета первого часто приводит клиницистов к фрустрации, если не к негодованию. На самом деле, не исключено, что нетерпимость (понятная), с которой многие специалисты относятся к таким пациентам, ведет к непреднамеренному поддержанию или усугублению страха человека оказаться брошенным и безвременно погибнуть от какой-либо ужасной болезни, которая остается нераспознанной равнодушным врачом (Kirmayer, Robbins & Paris, 1994; Noyes et al., 1993). По этому поводу в справке 7.1 приведены следующие научные данные.

Болевое расстройство

Болевое расстройство характеризуется предъявлением болей достаточной продолжительности и силы, которые значительно осложняют жизнь индивида. Эти боли протекают на фоне отсутствия объективных данных, позволяющих говорить о соматической патологии, которой можно было бы объяснить болевые ощущения и поведение наблюдаемого диапазона. В *DSM-IV* выделены два зашифрованных субдиагноза: 1) болевое расстройство, связанное с психологическими факторами, и 2) болевое расстройство, связанное с психологическими факторами и общесоматическим заболеванием. Первый субдиагноз ставится в случаях, когда сопутствующее соматическое заболевание представляется недостаточным, чтобы послужить причиной предъявляемых жалоб на боли; второй — когда испытываемая боль представляется несоразмерной выявленному соматическому заболеванию, способ-

ному вызвать некоторые болевые ощущения. Когда боль вызывается общесоматическими заболеваниями, они шифруются в пределах III оси. Боль, необъяснимая с точки зрения соматического заболевания и связанная с половым актом, диагностируется как диспарейния, сексуальное расстройство (см. главу 11).

Субъективный характер боли

При рассмотрении феномена боли важно помнить, что это ощущение *всегда* субъективно. Воспринимаемая или испытываемая боль не вполне коррелирует с видимым повреждением или раздражением тканей. Эта частичная независимость физической дисфункции и психологического переживания означает то, что боль, вызванную реальными физическими факторами, можно лечить психологическими методами (см. Gatchel & Turk, 1996; Keefe & Williams, 1989; Keefe & Lefebvre, 1997).

Кроме того, боль всегда является сугубо индивидуальным ощущением. Мы не в силах достоверно измерить реальную интенсивность боли, которую испытывает пациент. Мы вынуждены исходить из грубых приближений, опирающихся на «болевое поведение», в которое входит вербальный отчет больного о своих ощущениях, а также болевые гримасы, ограничение подвижности, «предохранительные»

СПРАВКА 7.1

Ипохондрия и «подлинное» нездоровье

Что будет, если пациент, страдающий ипохондрией, действительно заболеет серьезным соматическим заболеванием? Предварительный ответ на этот вопрос дан в проведенном лонгитюдном исследовании ипохондрических индивидов, результаты которого недавно были опубликованы Барски и коллегами (Barsky et al., 1998).

В ходе исследования больных, удовлетворявших диагностическим критериям для ипохондрии, интенсивно обследовали при поступлении в клинику, и повторно – спустя четыре-пять лет. Далее проводилось сравнение с аналогичной группой пациентов, которые не страдали ипохондрией. Основные результаты подтверждают тот факт, что ипохондрия часто оказывается упорным, стойким расстройством, в силу которого при контрольном обследовании его критериям продолжают удовлетворять 63,5% больных. В целом у («не ремиттирующих») пациентов с более упорным течением ипохондрии состояние отличалось большей тяжестью (они, например, были «тверже убеждены в наличии заболевания» и предъявляли больше соматических жалоб) при поступлении, чем у тех, кто при контроле уже не удовлетворял диагностическим критериям для ипохондрии.

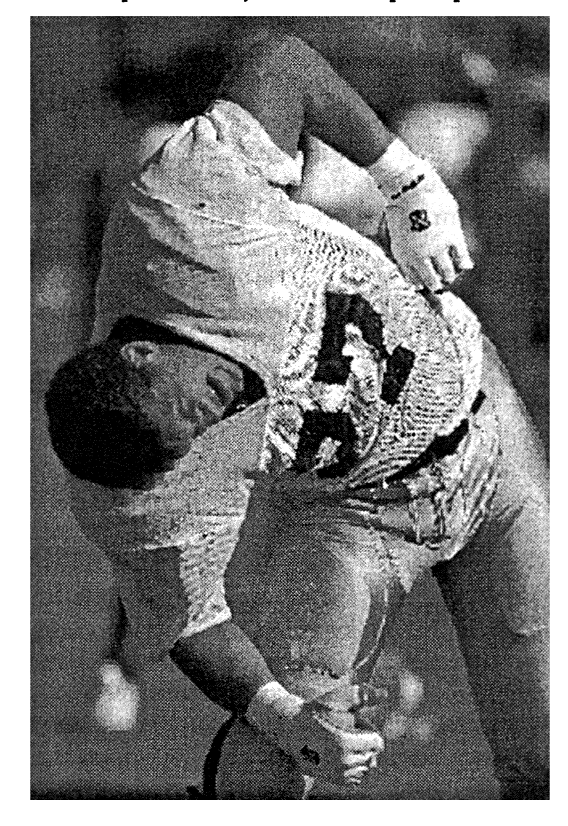
Эти данные, однако, сопровождались интересной особенностью: за период, прошедший до проведения контрольного обследования, лица, у которых была отмечена ремиссия, приобрели значительно больше серьезных (подлинных) соматических недугов, чем те пациенты, у которых ремиссии не было. Иными словами, оказалось, что ипохондрические тенденции исчезают под действием серьезных соматических заболеваний. Авторы комментируют это следующим образом:

«В ходе подробных интервью подтверждены данные о том, что серьезные соматические заболевания иногда устраняют ипохондрическую симптоматику, легитимизируя жалобы пациентов, оправдывая их принятие на себя роли больных и уменьшая скепсис, с которым они сталкивались прежде... Как заметил один из них: „Теперь, когда я знаю, что доктор X. относится ко мне внимательно, я могу верить ему, если он говорит, что не находит у меня ничего серьезного"» (p. 744).

жесты, предпочтительное пользование здоровыми конечностями. Однако один лишь факт того, что точно оценить боль в принципе невозможно, не оправдывает вывода о симуляции или аггравации со стороны пациента, хотя подобные суждения высказываются клиницистами с прискорбной частотой.

Болевое расстройство вполне типично для психиатрических больных (Katon, Egan & Miller, 1985) и чаще наблюдается у женщин. Есть много данных в пользу того, что интенсивность переживания физической боли, даже если последняя имеет некоторую соматическую основу, зависит от уровня текущего стресса, который испытывает больной. Шварц, Слэтер и Бирчлер (Schwartz, Slater & Birchler, 1994) сообщили, например, об исследовании, в ходе которого пациенты с хронической болью в спине, ранее поставленные в сложные условия, чреватые стрессом, сообщали о большей боли и отличались более выраженным невербальным болевым поведением, чем группа сравнения, членов которой помещали в эмоционально нейтральную ситуацию.

Предъявляемая боль может быть расплывчатой, локализуясь в области сердца или других жизненно важных органов, или же сосредоточиться в пояснице и конечностях. (Сюда не входят головные боли, вызванные напряжением головных мышц, и мигрень, так как в этих случаях наблюдаются видимые физиологические изменения, например, сокращение мышц.) Люди с преимущественно **психогенными** (то есть вызванными психологическими причинами) болевыми расстройствами могут вести себя как инвалиды. Они ходят к врачам «как на работу» в надежде получить объективное подтверждение своей боли, какое-нибудь лекарство для облегчения страданий. Это поведение сохраняется и в случае, когда несколько визитов к врачу не привели к обнаружению какого-либо соматического заболевания. Беспокойство вызывает тот факт, что во многих случаях больные с соматоформными расстройствами действительно становятся недееспособными либо из-за



Несмотря на вполне убедительные страдания этого мужчины, переживание боли всегда субъективно и индивидуально. Боль не находится в строгой корреляционной зависимости с видимым повреждением или раздражением тканей.

пристрастия к обезболивающим лекарствам, либо из-за увечий, полученных в ходе хирургических операций, которых им удалось добиться как способа избавиться от своих недугов. В этом отношении показателен следующий случай.

Разбор случая: болевое расстройство и прошедшая молодость. У привлекательной, яркой в общении женщины средних лет возникли жестокие, постепенно усиливавшиеся боли в правой груди. Несколько лет она консультировалась у врачей различных специальностей. Никто из них не смог обнаружить никакой объективной причины болей, несмотря на проведение различных диагностических процедур. В результате обследования никакого заболевания обнаружено не было. Впадая во все большее отчаяние, эта женщина оказала такое давление на своего врача, что он порекомендовал ей подумать о мастэктомии (хирургическом удалении груди), и она действительно отправилась в университетский медицинский центр третьей ступени, чтобы договориться об операции.

К счастью, хирург, к которому ее направили, оказался сострадательным и психологически отзывчивым человеком. Он понял, что эта боль была как-то связана с обеспокоенностью женщины проблемой старения и потери сексуальной привлекательности, которая с отрочества занимала центральное место в ее чувстве собственного достоинства и самоуважения. Он искусно перенаправил ее к опытному психотерапевту. Не прошло и года, как больная, поработав с психотерапевтом, избавилась от болей и в целом стала довольна как собой, так и своей жизнью.

Ненужная калечащая операция была в данном случае предотвращена; бывает и так, что при болевом расстройстве этого сделать не удается.

Конверсионное расстройство

Конверсионное расстройство, первоначально известное как *истерия*, подразумевает паттерн, при котором симптомы какой-либо физической дисфункции или потери контроля не имеют в своей основе органической патологии. Эти симптомы часто имитируют те или иные неврологические расстройства и потому описываются как «псевдоневрологические» по своему характеру. Конверсионное расстройство — один из самых интригующих и загадочных паттернов в психопатологии, и нам предстоит еще многое о нем узнать. Тем не менее исследователи редко обращались к данной проблеме.

Как мы уже говорили в главе 2, термин *истерия* происходит от греческого слова, обозначающего матку. Гиппократ и другие древние греки считали, что это расстройство встречается исключительно у женщин и вызывается сексуальными проблемами, в частности блужданием фрустрированной матки по организму, которая движима сексуальными желаниями и тоскует по детям. Матка, таким образом, могла очутиться в горле и вызвать ощущение удушья, или в селезенке, приводя к вспышкам раздражения. Лучшим лекарством от этого недуга Гиппократ считал вступление в брак. Фрейд, описывая эти расстройства, использовал термин **«конверсионная истерия»**, поскольку видел в этих симптомах выражение вытесненной сексуальной энергии, то есть бессознательный конфликт, испытываемый индивидом в силу того, что его сексуальные желания были преобразованы в телесное нарушение. Например, чувство вины, испытываемое индивидом в связи с мастурбацией, может разрешиться через паралич кисти. Это, конечно, происходит неосознанно, и человек не понимает ни происхождения, ни значения соматического симптома.

Бегство и вторичная выгода

В современной психопатологии реакции подобного типа больше не интерпретируются, согласно Фрейду, как преобразование сексуальных конфликтов или других психологических проблем в соматические симптомы. Подобным симптомам, хотя они и называются по-прежнему *конверсионным расстройством*, теперь приписывается достаточно очевидная функция, связанная с обеспечением благовидного оправдания, позволяющего индивиду устраниться или избежать невыносимой стрессовой ситуации, не неся за это никакой ответственности. Соответственно сохранился и термин **«вторичная выгода»**, который первоначально обозначал преимущества симптоматики, выходящие за рамки «первичной выгоды» при нейтрализации интрапсихического конфликта. Как правило, им пользуются для обозначения любого «внешнего» обстоятельства, такого как внимание близких или денежная компенсация, которое подкрепляет сохранение недееспособности. С уменьшением важности, приписанной интрапсихической «выгоде», различие между выгодой первичной и вторичной постепенно стерлось. «Вторичная выгода» сохраняет за собой более уничижительную коннотацию, которая связана с активной манипуляцией результатами путем демонстрации симптомов.

Снижение распространенности

В свое время конверсионные расстройства встречались относительно часто в мирной жизни и, особенно, в военное время. В годы Первой мировой войны конверсионное расстройство было наиболее часто диагностируемым у солдат психиатрическим синдромом; достаточно часто оно наблюдалось и во время Второй мировой войны. Данное расстройство возникало, как правило, в боевой обстановке, сопровождавшейся значительным стрессом, и затрагивало людей, которые обычно считались стойкими. В таких случаях конверсионные симптомы, например паралич ног, позволяли солдату избежать участия в тревожной боевой ситуации, не прослыв при этом трусом, и не предстать впоследствии перед военным судом.

Современные конверсионные расстройства составляют лишь 1–3% от всех расстройств, подлежащих психиатрическому и психологическому лечению. Представляется интересным, что снижение его распространения оказывается тесно связанным с ростом нашей осведомленности в соматических и психологических расстройствах: оно явно утрачивает свою защитную функцию, так как легко показать, что у него нет никакой органической основы. В век, когда больше никто не верит в такие явления, как «внезапная слепота» или мгновенная и необычная параплегия, больные, страдающие этим расстройством, все чаще имитируют экзотические соматические заболевания, диагностировать которые труднее, как, например, судорожные припадки или мнимая дисфункция внутренних органов. Как отмечалось выше, современным конверсионным расстройствам больше свойственны симптомы, не столь очевидные и не столь непосредственно связанные с природой проблемы, с которой больной, сам того не осознавая, пытается справиться. Иллюстративным является следующий случай.

Разбор случая: сильнейшее головокружение у замужней женщины. Домохозяйка, 46 лет, мать четверых детей, была направлена к психиатру для диагностики частых и выводивших ее из строя приступов головокружения, сопровождавшихся тошнотой,

в процессе которых все вокруг «приходило в движение». Женщина испытывала ощущения, будто ее «ведет» и она не может удержать равновесия. Консультации у терапевта, невролога и отоларинголога не дали никакого удовлетворительного объяснения этим ощущениям; фактически ее объявили совершенно здоровой.

Пациентка с готовностью признала наличие некоторых супружеских проблем, касавшихся, главным образом, вербальных оскорблений со стороны мужа и чрезмерной критики, которой он подвергал ее и детей. Тем не менее она заявила, что очень любит мужа, нуждается в нем и не видела никакой связи между «приступами» головокружения и его подчас неприятным поведением.

Однако тщательная оценка показала, что ее приступы почти всегда развивались на исходе дня, приблизительно в то самое время, когда муж возвращался с работы. В это время он пребывал, как правило, в наиболее сварливом и ворчливом настроении. Женщина призналась, что страшилась его прихода, так как обычно он был недоволен беспорядком, царившем в доме, и обедом, который она приготовила. Когда начинался приступ, она была вынуждена ложиться и была «не в силах» что-либо делать до 7–8 часов вечера. В связи с этим муж забирал детей и обедал с ними в местном кафе быстрого питания. Остаток вечера больная проводила перед телевизором; при этом она засыпала и не возвращалась в супружескую постель до 2–3 часов ночи. Одновременно ее муж смотрел телевизор в ванной до тех пор, пока не засыпал уже *он*. Общение супругов между собой было сведено к минимуму (по Spitzer et al., 1994, pp. 244–245).

Здесь мы с особенной ясностью видим, насколько «функциональным» может быть конверсионное расстройство в общей структуре психики пациента, несмотря на свое определенное участие в болезни или недееспособности.

Диапазон симптомов при конверсионном расстройстве почти настолько же широкий, как и при соматических нарушениях. При описании клинической картины конверсионного расстройства удобно оперировать тремя категориями симптомов: 1) сенсорными, 2) моторными и 3) висцеральными.

Сенсорные симптомы

В сенсорные конверсионные реакции могут вовлекаться любые виды чувствительности. Самыми частыми формами являются:

- анестезия — потеря чувствительности;
- гипестезия — снижение чувствительности;
- гиперестезия — повышенная чувствительность;
- аналгезия — потеря болевой чувствительности;
- парестезии — необычные ощущения, как, например, покалывание или жжение.

Может возникнуть вопрос: почему соматоформное болевое расстройство, симптомы которого в целом аналогичны перечисленным выше, не рассматривается здесь как просто еще одна форма сенсорного конверсионного расстройства? Почему оно выделено в отдельную категорию? *DSM-IV* не дает удовлетворительного ответа на этот вопрос. То, что ему был придан особый статус, может объясняться его гораздо большей распространенностью, чем та, что свойственна другим конверсионным состояниям.

Некоторые соображения относительно диапазона сенсорных симптомов, которые могут наблюдаться при конверсионном расстройстве, содержатся в классиче-

ском исследовании истерических зрительных симптомов у летчиков времен Второй мировой войны, выполненного Айронсайдом и Бэтчелором (Ironside & Batchelor, 1945). Они обнаружили у пилотов снижение зрения, фотофобию (крайнюю чувствительность к свету), двоение в глазах, ночную слепоту, сочетание интермиттирущих зрительных расстройств с амнезией, дефектную стереопсию (тенденция фиксировать взор за объектом при попытках на нем сфокусироваться), сужение полей зрения, перемежающуюся слепоту на один глаз, цветовую слепоту, смешение строк при попытках чтения и нарушение дневного зрения. Было обнаружено также, что у каждого летчика симптоматика была тесно связана с его должностными обязанностями. Ночные летчики, например, были больше подвержены ночной слепоте, тогда как у тех, кто летал в светлое время суток, часто нарушалось дневное зрение.

Многочисленным нарушениям могут подвергаться и другие чувства. Важным вопросом, требующим решения, является следующий: действительно ли люди с конверсионной слепотой и глухотой не слышат и не видят, или сенсорная информация продолжает им поступать, но вычеркивается из сферы сознания? В целом данные подтверждают идею о том, что сенсорный сигнал, поступающий на вход, регистрируется, но каким-то образом нарушается процесс прямого его осознания. Такого рода феномен был много раз продемонстрирован в литературе по гипнозу. Подобные феномены при определенных основаниях могут быть исторически тесно связаны с конверсионными явлениями (см. Hilgard, 1994). Практически все симптомы, наблюдаемые при конверсионном расстройстве, можно временно воспроизвести в ходе гипнотической суггестии, особенно при работе с высокогипнабельными субъектами. Кроме того, у загипнотизированных субъектов и больных с конверсионным расстройством отмечаются некоторые общие аномалии, говорящие о неполном характере сенсорных нарушений. Например, пациенты с истерической слепотой редко подвергаются опасности попасть в какую-нибудь рискованную ситуацию, когда передвигаются вслепую; нормальный человек, находясь под гипнозом, не в состоянии увидеть объект на своем пути, но обходит его стороной.

Моторные симптомы

Моторные конверсионные реакции также охватывают многие симптомы, здесь мы рассмотрим наиболее часто встречаемые.

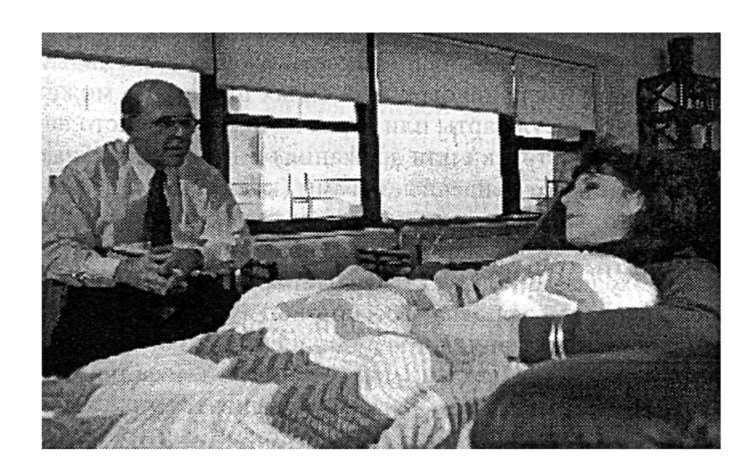
Паралитические конверсионные реакции обычно затрагивают какую-то одну конечность, руку или ногу, и утрата функции носит, как правило, избирательный характер. При писчем спазме, например, человек не в силах писать, но может пользоваться той же мускулатурой, тасуя карты или играя на пианино. Часто наблюдаются различные виды **тремора** (тряски или дрожания) и **тики** (локальные подергивания мышц). Иногда возникают мышечные спазмы (контрактуры), которые обычно затрагивают сгибатели пальцев рук и ног или ведут к тугоподвижности крупных суставов, например локтевых и коленных. Параличи и контрактуры часто приводят к нарушению походки. Человеку с тугоподвижностью в коленном суставе приходится выбрасывать ногу, ведя ее по своеобразной дуге. Еще одно нарушение походки называется **астазия-абазия,** когда индивид может контролировать движения ног в положении сидя или лежа, но плохо стоит и отличается гротескной, разболтанной походкой, при которой его ноги разворачивает то в одну, то в другую сторону.

Самым частым речевым конверсионным нарушением являются **афония**, при которой индивид может говорить только шепотом, и **мутизм**, при котором он не может говорить вообще. При этом человек, способный говорить только шепотом, обычно может совершенно нормально кашлять. Истинный, органический паралич гортани сказывается и на кашле, и на голосе. Афония представляет собой довольно распространенную конверсионную реакцию и возникает, как правило, после какого-то эмоционального шока, тогда как мутизм наблюдается сравнительно редко. Эпизодически могут возникать и судороги, похожие на эпилептические. Однако у людей с такими симптомами фиксируются лишь некоторые признаки истинной эпилепсии: они редко, если вообще когда-либо, получают травмы при падении; у них сохраняется реакция зрачков на свет; они в состоянии контролировать экскреторные функции, а сами припадки редко развиваются при отсутствии свидетелей.

Висцеральные симптомы

В *DSM-IV* признается существование четырех подтипов конверсионного расстройства в соответствии с характером обнаруживаемых симптомов: 1) сенсорного, 2) моторного, 3) приступообразного, или судорожного, и 4) «смешанного». Однако по традиции многие другие, достаточно распространенные паттерны симптомов, имеющие отношение к нарушению функционирования внутренних органов, также рассматриваются как феномены с изначально конверсионной подоплекой. Сюда относят широкий круг висцеральных симптоматических паттернов, необъяснимых с медицинской точки зрения: «комок в горле» и ощущение удушья, приступы кашля, затрудненное дыхание, похолодание и увлажнение конечностей, отрыжка, тошнота, рвота и т. д. Эпизодически встречаются упорная икота или чихание.

Фиксируются случаи, когда подлинно органическая симптоматика имитируется с почти невероятным правдоподобием. При ложном приступе острого аппендицита у человека может не только возникнуть боль в нижних отделах живота и другие типичные симптомы, но и значительно подскочить температура. В литературе также описаны случаи, когда в ходе конверсионного расстройства имитировались малярия и туберкулез. В последнем случае, например, у индивида могут быть обнаружены все типичные симптомы (кашель, потеря в весе, возвратная лихорадка



При помощи гипнотической суггестии на некоторое время удается воспроизвести практически все симптомы конверсионного расстройства.

и ночной пот) при отсутствии подлинно органического заболевания. Описаны многочисленные случаи ложной беременности (ранее называвшейся *мнимой*), при которых могут прекратиться менструации, живот и молочные железы увеличиваются в размерах, а по утрам возникает тошнота.

Диагностика конверсионного расстройства

Поскольку симптомы конверсионного расстройства в состоянии имитировать почти любое известное заболевание, постановка точного диагноза может оказаться серьезной проблемой. Однако помимо специальных медицинских техник, позволяющих провести разграничение между конверсионными расстройствами и подлинно органическими нарушениями, часто используется ряд дополнительных критериев:

- *Великолепное безразличие, с которым пациент описывает свои недуги, относясь к ним как к чему-то прозаическому, не слишком, вопреки ожиданиям, встревоженный или напуганный параличом руки или слепотой.* Муча и Рейнхардт (Mucha & Reinhardt, 1990) сообщили, что этот паттерн наблюдался у 56% из всех обследованных летчиков-курсантов с конверсионным расстройством, которых, казалось, не беспокоили отдаленные последствия их недееспособности. Однако само по себе безразличие не может служить надежным признаком конверсии; некоторые индивиды с подлинно органической патологией относятся к ней с тем же пренебрежением, тогда как отдельные конверсионные больные выказывают озабоченность, которая «соответствует» предъявляемой недееспособности.
- *Частое несоответствие дисфункции имитируемым симптомам конкретной болезни или расстройства.* Например, при параличах, представляющих собой конверсионные реакции, «парализованная» конечность в малой степени, если вообще, худеет или атрофируется, за исключением редких и затяжных случаев.
- *Избирательный характер дисфункции.* Как уже отмечалось, при конверсионной слепоте индивид, как правило, не наталкивается на людей и предметы; «парализованные» мышцы могут быть задействованы в одних, но не в других действиях; а непроизвольные мышечные сокращения (мышечная ригидность) обычно исчезают во время сна.
- *Под действием гипноза или наркоза (сноподобное состояние, вызванное лекарственными препаратами) симптомы, как правило, исчезают или видоизменяются; они восстанавливаются, будучи суггестированы терапевтом.* Аналогичным образом если внезапно вывести индивида из тяжелого сна, то можно обмануть его, заставив использовать «парализованную» конечность.

Дифференциальный диагноз между конверсионным и симулированным/искусственным расстройством

Иногда бывают ситуации, когда люди умышленно и сознательно симулируют недееспособность или болезнь. В подобных случаях *DSM-IV* проводит различие между **симуляцией** и **искусственным расстройством**, исходя из очевидных целей индивида. Как отмечалось выше, симулянту присуще стремление к определенному

результату: денежной компенсации или уклонению от выполнения нежелательной обязанности или долга. При **искусственном расстройстве** человек преследует некую общую цель, состоящую в сохранении за собой тех привилегий, которые предоставляются «ролью больного», включая внимание и заботу медицинского персонала. Нередко бывает, что эти пациенты исподтишка воздействуют на собственные физиологические процессы, принимая, например, те или иные препараты, чтобы симулировать ту или иную болезнь (примеры представлены в справке 7.2).

В прошлом искусственное расстройство именовали по-разному, называя его синдромом Мюнхгаузена, госпитальным пристрастием (привычкой), полихирургическим пристрастием и синдромом профессионального больного.

Как правило, удается провести достаточно четкую границу между конверсионным (или другим соматоформным) расстройством и откровенной симуляцией или ролевой игрой в мнимого больного. Лица, прибегающие к подобным стратегиям, сознательно идут на обман, симулируя симптомы болезни или недееспособности, и это отражается на их поведении. Индивиды с конверсионными расстройствами обычно отличаются театральными манерами и явной наивностью; они озабочены главным образом симптомами и охотно их обсуждают, зачастую с мучительными подробностями. Если указать им на некоторую непоследовательность их поведения, они большей частью остаются невозмутимыми. С другой стороны, люди, симулирующие симптомы, склонны занимать оборонительную позицию, быть хитрыми и подозрительными; они обычно неохотно соглашаются на обследование и говорят о своих симптомах медленно, опасаясь разоблачения. Стоит только указать на непоследовательность их действий, как сознательные обманщики немедленно усиливают защитные меры. Таким образом, конверсионное расстройство и умышленная симуляция болезни считаются различными паттернами.

Феномен **массовой истерии**, типичными примерами которой являются вспышки пляски святого Витта и острые формы мании, имевшие место в Средние века, представляет собой разновидность конверсионного расстройства, которая в наши дни встречается сравнительно редко. Как мы, однако, увидели в главе 2, подобные эпизодические вспышки возникают и сегодня. Во всех случаях главную и очевидную роль играет внушаемость: конверсионная реакция одного индивида стремительно распространяется на других, для которых, как подозревают, видимость некоего воспринятого «заболевания» служит своеобразным психологическим вознаграждением.

Способствующие обстоятельства

При развитии конверсионного расстройства обычно имеет место следующая последовательность событий. Больной испытывает: 1) желание избегнуть какой-то неприятной ситуации; 2) мимолетное желание заболеть, чтобы ее избежать (это желание, однако, подавляется как неосуществимое или недостойное), и, наконец, 3) в результате воздействия дополнительного или постоянного стресса у него появляются симптомы, напоминающие признаки какого-либо соматического нарушения. Как правило, индивид не видит никакой связи между симптомами и стрессовой ситуацией. Конкретные симптомы, возникающие при этом, обычно соответствуют симптомам ранее перенесенной болезни. Иногда они повторяют, например, признаки заболеваний, наблюдаемых у родственников или о которых рассказывают в телепередачах, пишут в журналах. Кроме того, симптомы могут накладываться

на существующее органическое заболевание, быть связанными с предвосхищенной вторичной выгодой или вступать в символическую связь с серьезными конфликтными ситуациями в жизни индивида, как это было в вышеупомянутом случае замужней женщины, страдавшей головокружением.

Иногда создается впечатление, что конверсионные расстройства проистекают из чувства вины и потребности в самонаказании. У одной пациентки, например, развились заметный тремор и частичный паралич правой руки после того, как она набросилась на отца. В ходе этого инцидента она правой рукой вцепилась ему в рубашку и разорвала ее, так что последовавший паралич мог олицетворять своего рода символическое наказание «виновной стороны», одновременно предотвращая повторение ее враждебных и запретных действий.

СПРАВКА 7.2

Искусственное расстройство через представителя

В несколько причудливых случаях искусственного расстройства человек, необоснованно ищущий врачебного или психиатрического внимания, умышленно симулирует или провоцирует соматические или психологические симптомы у какого-то другого лица, находящегося под его опекой. В типичной ситуации мать приводит к врачу ребенка, чтобы вылечить его от соматического заболевания, которое сама целенаправленно вызвала и о причине которого, по ее словам, не имеет понятия. В большинстве таких случаев предъявляется патология пищеварительной, мочеполовой или центральной нервной системы. Очевидно, что такие заболевания или дисфункции легче всего симулировать чрезмерным приемом широко доступных лекарств (например, рвотных и слабительных средств, диуретиков, стимуляторов и депрессантов ЦНС) или других вредных веществ (например, бытовых химикатов). Зачастую бывает, что при неоднократном злоупотреблении подобными действиями здоровье пострадавших действительно оказывается в опасности, в результате чего требуется помощь социальных служб или правоохранительных органов. Нередко сообщалось о смерти таких «представителей», которая бывает в основном результатом случайности.

Поэтому следует настороженно относиться к случаям, когда у жертвы наблюдается атипичная клиническая картина и результаты анализов не согласуются друг с другом или с известными болезнями, либо когда налицо неоправданно частые повторные, все более неотложные визиты в одну и ту же больницу или клинику. Если злоумышленник узнает о возникших подозрениях, он может резко оборвать связи с данным медицинским учреждением лишь с тем, чтобы обратиться в другое и там повторить всю историю с самого начала. Лица, предъявляющие искусственное расстройство через представителя, обычно обладают обширными медицинскими познаниями и в прошлом нередко оказываются медицинскими работниками. Они часто выглядят увлеченными, поглощенными вопросами медицины; они сами могут иметь искусственное расстройство в анамнезе, в настоящее время, возможно, сдерживаемое представительской стратегией.

Неудивительно, что злоумышленники, предъявляющие искусственное расстройство через представителя, часто обременены собственными психологическими проблемами, особенно соматоформными или личностными расстройствами. Их общей чертой является склонность преувеличивать, если не откровенно лгать о себе и своих жизненных переживаниях. Расстройство часто провоцируется жизненными стрессорами, особенно супружеским конфликтом или разрывом.

Какие бы особые факторы не участвовали в отдельно взятом случае, основным мотивационным паттерном большинства конверсионных расстройств видится стремление обойти или ослабить чреватый тревогой стресс посредством болезни, преобразуя тем самым неразрешимую эмоциональную проблему в физическую, позволяющую сохранить свой статус. Как только эта реакция выучивается, она сохраняется благодаря тому, что вновь и вновь находит себе подкрепление, которым оказывается как снижение тревоги, так и некая выгода (с точки зрения сочувствия и поддержки или более ощутимой компенсации), извлекаемая из состояния недееспособности.

Причинные факторы при соматоформных расстройствах

Мы не обладаем достаточными сведениями о причинных факторах и факторах риска при соматоформных расстройствах. По неясным причинам они не стали предметом усиленных систематических изысканий последних лет. Вашему вниманию предлагаются некоторые положения, вытекающие из достаточно надежно установленных фактов.

Биологические факторы

Точная роль генетических и конституциональных факторов в развитии соматоформных расстройств не установлена. Немногочисленные данные говорят об обычно умеренной генетической заинтересованности при соматоформных расстройствах (Cloninger et al., 1984; Guze et al., 1986; Noyes et al., 1997; Sigvardson et al., 1984). Однако наблюдаемая при соматоформном поведении наследственная конкордантность может быть также результатом научения в результате общения с соматизирующими родителями или сиблингами (см. Kreitman et al., 1965; Kriechman, 1987).

Бишоп, Мобли и Фарр (Bishop, Mobley & Farr, 1978) сообщили, что во многих случаях соматоформных расстройств те из них, которые сопровождались неврологической и скелетно-мышечной симптоматикой, явно тяготели к поражению левой половины туловища — факт, подтвержденный и в других работах (Galin, Diamond & Braff, 1977; Stern, 1977). В связи с тем что левая половина туловища контролируется главным образом правым полушарием головного мозга, и наоборот, можно предположить, что правое полушарие (которое, как известно, отвечает преимущественно за невербальные психические процессы) может играть некую особую роль в опосредованности этих расстройств. Мы можем предположить, например, что преимущественная включенность правого полушария связана здесь с тем, что многие паттерны соматоформного поведения легко представить как форму невербальной коммуникации с окружающей средой, своего рода пантомиму, смысл которой состоит в непроизвольной неспособности к выполнению обязанностей. Остальные аспекты данного явления остаются неясными.

Психосоциальные факторы

С учетом гетерогенной природы соматоформных расстройств, описанной в обзоре литературы, предпринятом Иеззи и Адамс (Iezzy & Adams, 1993), не вызовет, наверное, удивления тот факт, что эти нарушения часто сопровождаются другими психическими расстройствами, среди которых выделяются депрессивные и тревожные (например, Boyd et al., 1984; Ebert & Martus, 1994). В целом можно сказать,

что соматизирующие больные демонстрируют паттерн негативного аффекта и эмоциональной ранимости, который часто именуется **невротичностью** (Lipowski, 1988; см. также главу 5). Было показано, что невротичность как черта личности включает в себя аспекты тревоги, враждебности, депрессии, застенчивости, импульсивности и ранимости (Costa & Widiger, 1994). Данная комбинация особенностей часто сочетается с соматическими жалобами, которые в действительности оказываются ложными (Costa & McCrae, 1987). Однако диапазон расстройств, для которых невротичность выступает фактором риска, оказывается очень широким. Она далеко не специфична для расстройств соматоформного типа.

Несколько более специфичным является опыт жестокого обращения в детстве. Все большее число данных (например, Barsky et al., 1994; Ross, 1997; Salmon & Calderbank, 1996; van der Kolk, 1997) свидетельствует о выраженной связи между развитием паттернов соматических симптомов и воспоминаниями о тяжелых травмах детского возраста. Подтверждение этой связи позволит отнести ее к факторам, объединяющим соматоформные и диссоциативные расстройства, речь о которых пойдет ниже.

Еще одна группа больных с характерными соматоформными паттернами состоит из тех, кто не хочет или не может сообщить о своем дистрессе на языке, отличном от соматического (Bach & Bach, 1995; Joucamaa et al., 1996). Они склонны сосредоточиваться на телесных ощущениях, преувеличивая их так, что почти перестают следить за своими субъективными чувствами, которые, если они негативны по своему характеру (как часто бывает), относятся к какой-то части тела с предположительно нарушенной функцией. Для описания этого паттерна был предложен специальный термин **«алекситимия»**, буквально означающий отсутствие словесной характеристики чувств (Sifneos, 1973, 1996). Вопреки распространенному мнению так называемый истерический (теперь — демонстративный) паттерн личностного расстройства (см. главу 9) не особенно сочетается с риском развития конверсионного расстройства (Iezzi & Adams, 1993).

Социокультурные факторы

Оказывается, что распространенность соматоформных расстройств значительно варьирует в различных культурах (Isaac et al., 1995; Janca et al., 1995). Есть ряд культур незападного типа (например, китайская), которые отличает неприемлемость откровенного выражения эмоционального дистресса. Таким образом, нам следует ожидать, что в этих регионах соматические паттерны будут встречаться сравнительно чаще, и это предположение подтверждается (см. Katon, Kleinman & Rosen, 1982; Kirmayer, 1984).

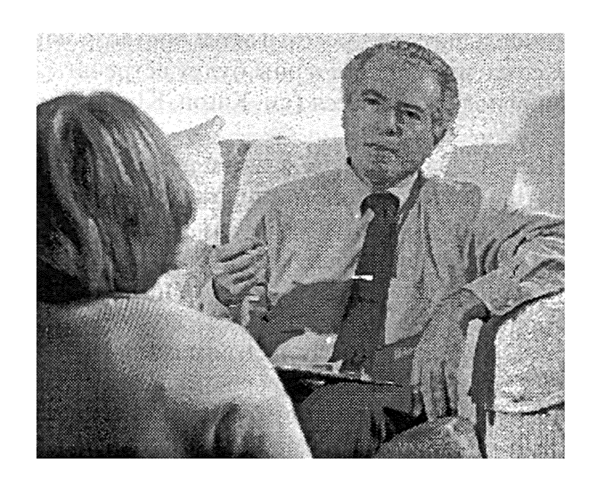
Во многих странах мира, включая Китай, практические врачи и психологи по-прежнему пользуются старым диагностическим термином **«неврастения»** (буквально означающим «слабость нервов»), которым обозначают необъяснимые с соматической точки зрения упорные жалобы на физическую слабость и утомляемость. Он не включен в *DSM-IV* как самостоятельный диагноз, хотя при работе с больными, предъявляющими такую клиническую картину, можно пользоваться изначально расплывчатым диагнозом **недифференцированного соматоформного расстройства**. Возможно, что авторы *DSM* стремились дифференцировать его от все чаще диагностируемого **синдрома хронической усталости**, причины которого остаются предметом споров. Отчасти по этой причине диагноз остается несколько

противоречивым. В любом случае представляется, что идея о психологически обусловленной усталости у нас принята в меньшей мере, чем в других странах мира, и это, возможно, накладывает ограничения на показатели распространенности таких заболеваний, часть из которых носит искусственный характер (если этого нет в *DSM*, то диагноз не подлежит учету).

Лечение и исходы соматоформных расстройств

Большинство авторитетных специалистов советует проявлять осторожность при врачебных (например, медикаментозных) вмешательствах в ходе лечения соматоформных расстройств. Там, где альтернативы нет (многие такие больные, убежденные в подлинности своих симптомов, категорически отказываются от психосоциальной терапии), состояние пациентов иногда удается облегчить при помощи снижающих тревожность и депрессию средств. Лекарственными препаратами редко удается добиться надежного облегчения основных симптомов, а средства, снижающие тревожность, особенно опасны в плане возникновения зависимости. Во многих случаях оптимальным лечением оказывается его отсутствие, когда больному предлагается поддержка, его успокаивают и разъясняют причинные факторы заболевания, лишая их угрожающего оттенка. При таком подходе могут помочь частые визиты к специалисту и сложные медицинские исследования. Однако за исключением конверсионного расстройства и болевых синдромов, прогноз в отношении полного выздоровления от соматоформных расстройств не слишком благоприятен (Barsky et al., 1998; Iezzi & Adams, 1993).

Разработка методов поведенческой (бихевиоральной) и когнитивно-поведенческой терапии для лечения конверсионного и болевого расстройств (а мы, как отмечалось, сомневаемся в валидности их разграничения) и оценка этих методов в ходе контролируемых клинических испытаний открывают определенные перспективы (см., например Blanchard, 1994; Gatchel & Turk, 1996; Iezzi & Adams, 1993). Мы предполагаем, что прямой подход, свойственный поведенческим направлениям терапии при устранении, например, источников вторичной выгоды, сам по себе должен способствовать позитивному терапевтическому результату при лечении конверсионных расстройств, но эта гипотеза требует дальнейшего подтверждения.



Во многих случаях оптимальным методом лечения соматоформных расстройств оказывается отказ от лечебных действий. Наилучшими средствами могут стать поддержка и внимание при сочетании их с посещениями врача и сложными обследованиями. Прогноз в отношении полного выздоровления от соматоформных расстройств не слишком благоприятен.

Диссоциативные расстройства

Понятие о диссоциации, возникшее по меньшей мере около ста лет назад (Kihlstrom, 1994), относится к способности человеческого сознания направлять психическую деятельность в каналы, отщепленные, или независимые, от осознанного понимания.

Диссоциация сопутствует нам постоянно во всех наших делах. Например, когда мы заводим машину и думаем при этом о том, что нам предстоит сделать за день; моем посуду, одновременно разговаривая по телефону, не слишком или вообще не обращая внимания на дело, которым в тот момент занимаемся. Как видно из этих примеров обыденных **автоматизмов**, в самой по себе диссоциации нет ничего патологического, и можно обоснованно сказать, что она является исключительно адаптивным механизмом, который позволяет нам с максимальной эффективностью выполнять многие бытовые функции (Epstein, 1994). Аналогичным образом достижение *многофункциональности* при создании настольных компьютеров (что позволяет машине «задним умом» работать над несколькими задачами одновременно) приветствовалось как большое научное достижение. Люди, по утверждению Хилгард (Hilgard, 1977), занимались такими вещами на протяжении тысячелетий: «Единство сознания иллюзорно. За единицу времени человек, и это происходит постоянно, выполняет не одно, а несколько дел. Сознательная репрезентация этих действий никогда не бывает полной» (p. 1).

Итак, значительная часть психической жизни индивида сводится к бессознательным процессам, которые в большой степени автономны по отношению к намеренному, осознанному мониторингу и управлению. Такие бессознательные процессы распространяются на сферы памяти и перцепции. Можно продемонстрировать, что людям свойственно помнить вещи, которые они не запоминали сознательно, и воспринимать вещи, в восприятии которых они не могут дать себе отчета, что соответственно называется **имплицитной памятью** и **имплицитной перцепцией** (Kihlstrom, Tataryn & Hoyt, 1993). Как мы видели, общая идея о бессознательных психических процессах многие годы изучалась в основном клиницистами психодинамической ориентации. За последние четверть века она стала одним из основных направлений исследования стремительно развивающейся когнитивной психологии.

Однако при определенных клинических состояниях свойство когниции, состоящее в ее многоканальности, лишается некоего общего, объединяющего контроля. Когда так происходит, пораженный болезнью индивид не в состоянии оценивать информацию, обычно расположенную на переднем плане сознания, например личностную идентичность. Кроме того, человек может подпасть под влияние когнитивных субсистем, которые обычно недоступны сознанию, как это случается с психологически здоровыми индивидами, когда они развивают двигательную активность в ответ на содержание сновидения. Иначе говоря, способность к поддержанию непрерывной психической деятельности, которая пребывает вне сферы сознания и в нормальных условиях полезна, ослабевает ради того, чтобы справиться с серьезной психологической угрозой. Это может привести к таким последствиям, как **диссоциативные расстройства**.

Диссоциативные расстройства, подобно соматоформным, видятся, главным образом, способом избежать тревоги и стресса, преодолеть жизненные проблемы, которые угрожают истощить естественные защитные ресурсы. Кроме того, и те

и другие расстройства позволяют индивиду отрицать свою персональную ответственность за свои же «неприемлемые» желания или поведение. Кильстром (Kihlstrom, 1994) настойчиво утверждает, что конверсионные расстройства во всех своих значимых аспектах *являются* расстройствами диссоциативными, идея, впервые возникшая в XIX веке. Однако при тех диссоциативных расстройствах, что определены в *DSM*, человек избегает стресса посредством **патологической диссоциации** — путем бегства от собственных автобиографических воспоминаний или личностной идентичности. Как подробно рассматривается ниже, *DSM-IV* признает несколько типов патологической диссоциации.

Диссоциативные амнезия и фуга

Амнезией называется частичная или полная неспособность припомнить или идентифицировать прошлое переживание. Стойкая амнезия может развиться при невротических и психотических расстройствах, а также при органической патологии головного мозга, включая черепно-мозговую травму и заболевания центральной нервной системы. Если амнезия вызвана мозговой патологией, то она, как правило, связана с подлинным нарушением памяти. Это означает, что информация, содержащаяся в переживании, не фиксируется и не заносится в память или, если заносится, ее не удается извлечь; она утрачена по-настоящему и почти всегда — безнадежно (Hirst, 1982).

Типы диссоциативной амнезии

Психогенная, или **диссоциативная, амнезия**, с другой стороны, обычно ограничивается неспособностью к припоминанию. При этом расстройстве забытая информация личного характера все еще пребывает под порогом сознания, что иногда выявляется при интервью, в ходе которого индивид находится под действием гипноза или наркоза (амитала натрия или так называемой «сыворотки правды»), а также в случаях спонтанного исчезновения амнезии. Признается существование четырех типов психогенной амнезии, среди которых: **локализованная** (индивид не помнит ничего из происходившего в определенный период времени, обычно в первые часы после какого-то травмирующего события); **избирательная** (индивид забывает что-то, но не все из происходившего в определенный период); **генерализованная** (человек полностью забывает историю своей жизни) и **континуальная** (не помнит ничего из событий прошлого, имевших место до какого-то определенного момента). Два последних типа встречаются редко.

Как уже отмечалось, психогенная (или диссоциативная) амнезия вполне обычна для первичных реакций на невыносимые травматические переживания, например таких, которые сопровождают боевые действия во время войны или катастрофические события. Однако иногда у проблемных индивидов подобная амнезия может развиться в стрессовых ситуациях, с которыми большинство людей справляется эффективнее.

Типичные симптомы

При типичных диссоциативных реакциях амнезии индивиды не могут вспомнить, как их зовут; не знают, сколько им лет или где они живут, и не узнают родителей, супругов, родственников или друзей. Тем не менее их основные поведенческие

паттерны — умение читать, вести беседу, квалифицированно выполнять работу — остаются неповрежденными, и, если не брать во внимание дефект памяти, они выглядят вполне нормальными (Coons & Millstein, 1992). Иными словами, нарушается только особая разновидность памяти, которую психологи называют эпизодической (относящейся к переживаемым событиям), или автобиографической. Другие общепризнанные формы памяти — семантическая (относящаяся к языку и понятиям), оперативная (как выполнять те или иные действия), перцептивная репрезентация (формирование изображения) и кратковременная память — почти всегда не затрагиваются (Tulving, 1993).

Состояния фуги

Человек может еще дальше отойти от проблем реальной жизни, войдя в состояние амнезии, называемое **фугой**, которая, как следует из названия (*fugue* по-французски означает «бегство»), является защитой посредством фактического побега. В этом случае у человека не только развивается амнезия, но он также выпадает из домашней среды, зачастую приобретая частично или совершенно новую идентичность. Спустя дни, недели, а иногда даже годы такие люди могут вдруг обнаружить себя находящимися в незнакомом месте, не зная, как они туда попали, а также



Эта женщина, прозванная «Джейн Доу», была найдена смотрителем парка Флориды в сентябре 1980 года, истощенной, невменяемой, одетой лишь частично, усыпанной следами укусов насекомых и животных, умирающей. Ее выздоровление еще больше осложнилось из-за наличия редкой формы психогенной амнезии генерализованного типа, в результате которой она забыла свое имя, прошлое, разучилась читать и писать. Исходя из ее акцента, эксперты предположили, что женщина родом из Иллинойса. Хотя интервью, предпринятые на фоне лекарственного воздействия, показали, что она получила католическое воспитание, ее немногочисленные детские воспоминания были настолько общими, что не имели никакого значения для терапии. В драматической попытке восстановить ее прошлое Джейн Доу и ее врач выступили в программе «Доброе утро, Америка», призвав ее родственников откликнуться. Отклики хлынули рекой, и полномочные лица пришли к выводу, что Джейн Доу была дочерью одной супружеской пары из Розелля, штат Иллинойс; дочь этих людей отправилась в Форт-Лодердейл, чтобы открыть там магазин женской одежды. В последний раз они связывались с ней по телефону в 1976 году. Несмотря на уверенность супругов, Джейн Доу так и не смогла вспомнить свое прошлое.

с явной и полной амнезией на весь период фуги. Их действия в этот период могут варьировать от простого похода в кино до путешествия через всю страну, приобретения новой профессии и ведения совершенно новой жизни, начатой с нуля. Практически все, что мы знаем о фугах, основано на клинических наблюдениях; этому феномену, если он вообще изучался, было посвящено очень мало исследований.

Необходимо отметить, что паттерн при диссоциативной амнезии по существу аналогичен паттерну конверсионных симптомов, за тем исключением, что индивид, вместо того чтобы избегать неприятных ситуаций через физическую дисфункцию, избегает мыслей о такой ситуации или, в крайнем случае, покидает сцену. Очевидно, что настоятельное желание оказаться в иной ситуации является основой реакции амнезии, ее перехода в фугу. Угрожающая информация становится недоступной, что явно связано с каким-то «автоматическим» когнитивным блокированием (которое часто описывается как **вытеснение**). Это сценарий в его «чистом варианте». Из других случаев явствует, что индивид сознательно подавляет угрожающую информацию, избегая (путем отвлечения) мыслей и ассоциативных нитей, способных довести ее до осознания; физический уход со сцены, изобилующей грозными сигналами, становится одним из способов остаться в стороне от мучительных фактов, которые иначе могли бы оказывать на него давление.

Люди, страдающие диссоциативной амнезией, обычно сталкиваются с чрезвычайно неприятными ситуациями, из которых не видят выхода. До этого они часто переживают осознанные позывы забыть обо всем и убежать, но различные причины не позволяют им принять такое решение. В конце концов, однако, стресс становится настолько невыносимым, что они подавляют большие фрагменты своей личности и память о стрессовых ситуациях. Как уже отмечалось, амнезия подобного типа высоко избирательна и обычно затрагивает лишь изначально невыносимый и угрожающий Я-материал. В период диссоциативной фуги индивид кажется нормальным и способен участвовать в сложной деятельности. Как правило, выбранное занятие отражает стиль жизни, значительно отличающийся от прежнего до такой степени, что последний обычно со всей очевидностью отвергается. Такое поведение хорошо иллюстрируется следующим случаем.

Разбор случая: диссоциативная фуга у менеджера среднего звена. Берт Тейт, сорокадвухлетний повар-буфетчик при закусочной, находившейся в маленьком городке, привлек внимание местной полиции тем, что вступил в ожесточенную перебранку с посетителем. На допросе он назвался Бертом Тейтом и показал, что приехал в город несколькими неделями раньше. Однако у него не было никаких документов, и он не мог сказать полицейским, где он жил и работал до того. Его не арестовали и не предъявили никакого обвинения, но попросили проследовать с офицером полиции в приемное отделение местной больницы для обследования, на что он согласился.

При общем обследовании у Берта не нашли ни признаков недавней черепно-мозговой травмы, ни каких-либо других соматических отклонений; ничто не указывало и на злоупотребление наркотиками или алкоголем. Он ориентировался на местности и во времени, но совершенно не помнил своей жизни до приезда в город. Казалось, что полное отсутствие воспоминаний о прошлой жизни не слишком его беспокоит. Всю ночь он оставался в больнице под наблюдением и был отпущен на следующий день.

Тем временем полиция приступила к проверке списков лиц, числящихся пропавшими без вести, и обнаружила, что Берт подходил под описание некоего Джина Сондерса,

проживавшего в городе, который находился в 200 милях от них, и пропавшего месяцем раньше. Жену мистера Сондерса доставили в городок, где она подтвердила, что это ее муж. Берт заметно встревожился и заявил, что не знает никакой миссис Сондерс.

До своего исчезновения Джин Сондерс, менеджер среднего звена в крупной промышленной фирме, столкнулся с серьезными производственными и бытовыми проблемами. Его обычное самообладание было подорвано рядом проблем, возникших по месту работы, таких как несостоявшееся, но ожидавшееся повышение по службе; выход на пенсию нескольких ключевых сотрудников; неспособность отдела удовлетворить требования производства и возросшая критика начальства. Эти события произошли за короткий отрезок времени. Дома он стал замкнутым и отрешенным, постоянно ругал жену и детей. За два дня до ухода он крупно поссорился со своим 18-летним сыном, который назвал отца неудачником и ушел из дома, намереваясь поселиться у друзей (по Spitzer et al., 1989, pp. 215–16).

Диссоциативное расстройство идентичности

Диссоциативное расстройство идентичности (ДРИ), ранее называвшееся расстройством множественной личности (РМЛ), представляет собой яркий диссоциативный паттерн, обычно предваряемый идентифицируемыми стрессорами-катализаторами, при котором у больного обнаруживаются как минимум две более или менее законченные **системы идентичности**. При должном развитии (многие «альтернативные» идентичности сугубо фрагментарны) каждая такая система отличается собственными эмоциональными и мыслительными процессами и воплощает в себе самостоятельную сущность, обладающую сравнительно устойчивыми характеристиками. Индивид может переходить от одной идентичности к другой на периоды, варьирующие от нескольких минут до нескольких лет, хотя чаще дело ограничивается небольшими сроками. Одна, исходная личность, — обычно **личность-хозяин**; другие идентичности, как правило, разительно отличаются как от нее, так зачастую и друг от друга; одна может быть беспечной и праздной, тогда как другая — спокойной, трудолюбивой и серьезной. Те потребности и паттерны поведения, находящиеся под запретом для главной личности, или личности-хозяина, свободно проявляются в других. Показательным является случай Мэри Кендалл.

Разбор случая: Мэри, Мэриан и другие. Мэри, 35-летняя сотрудница социальной службы, разведена, страдает от довольно редкого заболевания правых предплечья и кисти — одной из общесоматических болезней, что причиняет ей хроническую боль. Обычное лечение не привело к успеху. Было принято решение обучить Мэри самогипнозу как способу контроля над болью. Она оказалась замечательно гипнабельным субъектом и быстро освоила технику эффективного болевого контроля.

Ее инструктор-гипнотизер, психиатр по специальности, описывает жизнь Мэри в весьма непривлекательных красках. Она кажется компетентным работником, но ее личная и социальная жизнь «скучна». Хотя ее непродолжительный брак завершился около десяти лет назад, она мало интересуется мужчинами, у нее нет близких друзей. Большую часть времени она отдает добровольной работе в хосписе — в заведении, где ухаживают за безнадежно больными, умирающими пациентами.

По мере обучения Мэри гипнозу гипнотерапевт обнаружил значительные провалы в ее памяти. Один феномен беспокоил его особенно: она сообщила, что не может объяснить, куда пропал бензин из бензобака ее машины. С работы домой она вернулась с почти полным баком, а на следующее утро, стоило ей выехать, заметила, что

тот заполнен лишь наполовину. Когда ей посоветовали следить за показаниями спидометра, Мэри обнаружила, что многие ночи, когда она, по ее твердому убеждению, находилась дома, на счетчике набиралось до сотни миль. Психиатр, теперь уже подозревавший у Мэри диссоциативное расстройство, установил, что в ее детских воспоминаниях также имелись значительные пробелы. Он переключил внимание Мэри на анализ ее многочисленных диссоциативных проблем.

В ходе одной из продолжавшихся сессий гипноза психиатр снова спросил о «потерянном времени» и его вознаградили ответом, который был дан совершенно другим голосом и гласил: «Вот через это время вы и узнаете обо мне». Мэриан — противоречивая и, несомненно, хорошо устоявшаяся идентичность, продолжила описывать полюбившиеся ей ночные поездки на разные театрализованные представления, где она «выпускала пар». Вскоре стало ясно, что Мэриан была исключительно грубой и враждебной «личностью» — уменьшенной копией всего, чем не была покладистая и самоотверженная Мэри. Мэриан относилась к Мэри с нескрываемым презрением и утверждала, что «забота о ком-либо помимо себя — это пустая трата времени».

В дальнейшем проявились и 6 других альтернативных идентичностей, которые все активно предавались характерному поведению, выстроенному вдоль оси, на одном конце которой располагались выраженные черты покладистости/зависимости, а на другом — столь же выраженные агрессивность/автономность. В периоды «выпадения» между этими альтернативными личностями шло заметное соперничество, а Мэриан зачастую вела себя столь дерзко, что пугала более робких их них, среди которых был, например, и шестилетний ребенок. Когда одна из враждебных взрослых личностей всерьез пригрозила самоубийством, встревоженный терапевт настоял на консультации с другими идентичностями, в ответ на что предполагаемый самоубийца обвинил его в попытке разгласить врачебную тайну!

По мере того как разрозненные куски мозаики складывались в единую картину, выяснилось, что в биографии Мэри имели место реальные случаи физического и сексуального насилия со стороны как отца, так и других лиц, имевшие место в годы ее детства. Она также сообщила о глубоком чувстве вины за то, что не уберегла своих сиблингов от этой беды. Мать, по ее словам, была не столь жестока, но в значительной мере отказалась от своей материнской роли, переложив на Мэри соответствующие семейные обязанности.

Дальнейшее психотерапевтическое лечение, занявшее четыре года, привело лишь к скромному успеху в деле подлинной «интеграции» этих разрозненных тенденций в личности Мэри Кендалл (по Spitzer et al., 1994, pp. 56–57).

Число **альтернативных идентичностей** при ДРИ варьирует, но в двух больших группах больных, оценивавшихся при помощи вопросника, их среднее количество было ошеломляющим и достигало в некоторых случаях, 15 (Ross, 1989). Их численность, вероятно, повышается со временем, что говорит о возможном воздействии социальных факторов, быть может, даже о своего рода «соревновании» этих больных со своими терапевтами в числе выявленных альтернативных личностей (Spanos, 1996; Spanos & Burgess, 1994). Как уже отмечалось, качество существования таких личностей значительно варьирует от прочного, устойчивого и сложно организованного до фрагментарного, аморфного и скоротечного; отдельная идентичность может, например, никогда не «всплывать» и только упоминается другими альтернативными личностями. Поэтому не совсем ясно, что скрывается за предположениями данных исследователей об их количестве. Из того факта, что альтернативные личности, как правило, разительно отличаются от первичной личности,

или личности-хозяина, следует, что в них находят выражение отвергнутые части исходного Я. Физические характеристики альтернативных личностей также широко варьируют. Так, среди них были и существа, не относящиеся к человеческому роду.

Природа альтернативных идентичностей

Причины отказа от старого диагностического наименования ДРИ, звучащего как «расстройство множественной личности», во многом были связаны с растущим признанием того, что в нем заложена ошибочная информация о захвате пространства, времени и тел жертв многими разными, но полноценно организованными и гармоничными «личностями». В действительности, однако, альтернативные идентичности не являются *личностями* в широком понимании этого слова. Это искусственные, фрагментарные части отдельной личности, помогающие справиться с дистрессом, иначе неуправляемым. Колин Росс (Ross, 1997), автор многих работ, посвященных ДРИ, объясняет данный феномен следующим образом: «Важно понять, что альтернативные личности не являются людьми. Они даже не личности... Дать удовлетворительное определение альтернативной личности, скорее всего, невозможно... Альтернативные личности представляют собой высокохудожественное воплощение внутренних конфликтов, драйвов, воспоминаний и чувств. В то же время они являются диссоциированными комплексами поведенческих паттернов, выработанных для взаимодействия с внешним миром. Существует лишь одна личность. Убежденность пациентки в том, что их больше, — диссоциативная иллюзия... ДРИ представляет собой искусное притворство. Больная чрезвычайно убедительно *изображает*, будто в ней живет несколько личностей. При этом она действительно в это верит» (p. 144).

Обычные «роли» альтернативных идентичностей

В альтернативном репертуаре больных ДРИ очень часто представлены определенные роли. К ним относятся роли Ребенка, Защитника и Преследователя; в большинстве случаев также присутствует альтернативная личность Противоположного Пола, которая может исполнять одну из вышеперечисленных ролей (Ross, 1989, 1997). Как правило, альтернативные личности знают о существовании друг друга и личности-хозяина. Однако хозяину, или первичной личности, «не разрешается» открыто признавать существование других фигур, посягающих на его пространство, время и тело. Кроме того, иногда у этих идентичностей возникает взаимная и однонаправленная амнезия. Представляется важным тот факт, что часто одна из альтернативных личностей знает все и, если обнаруживает волю к сотрудничеству, может стать ценным консультантом для терапевта.

Почему растут частота и распространенность расстройств?

Парные и множественные идентичности настолько эффектны, что привлекли огромное внимание и широко освещались в художественной литературе, телепередачах и кинематографе. Однако в клинической практике вплоть до недавнего времени они наблюдались редко или, по крайней мере, редко диагностировались. Лет тридцать назад в мировой психологической и психиатрической литературе можно было найти чуть больше 100 описаний подобных случаев. В последние годы

количество зарегистрированных больных невероятно возросло. Столь резкое изменение заболеваемости пока не получило ни исчерпывающего, ни удовлетворительного объяснения.

Впрочем, отчасти этот рост, вероятно, является артефактом — результатом все более частой постановки такого диагноза клиницистами. Ранее они традиционно относились к поведению этих больных с известным скепсисом, наблюдая, например, внезапный и ошеломляющий переход от одной личностной идентичности к другой. Расстройство чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин, в пропорции приблизительно 9 к 1; на момент постановки диагноза большинство больных пребывает в возрасте 20–30 лет (Ross, 1997). Некоторые считают, что отчетливое гендерное различие связано с тем, что в детстве женщины гораздо чаще, чем мужчины, становятся жертвами сексуального насилия (Tricket & Putnam, 1993).

С начала 1980-х годов ранее разрозненные сообщения о случаях жестокого обращения в детстве в анамнезе взрослых больных с ДРИ стали выстраиваться по типу своеобразного крещендо. То, что диагноз ДРИ тесно связан с *предъявляемым* анамнезом, в котором фигурирует нанесение серьезного сексуального, общего или того и другого ущерба, в настоящее время не вызывает сомнений. Остается, как мы увидим далее в этой главе, установить достоверность подобных детских воспоминаний.

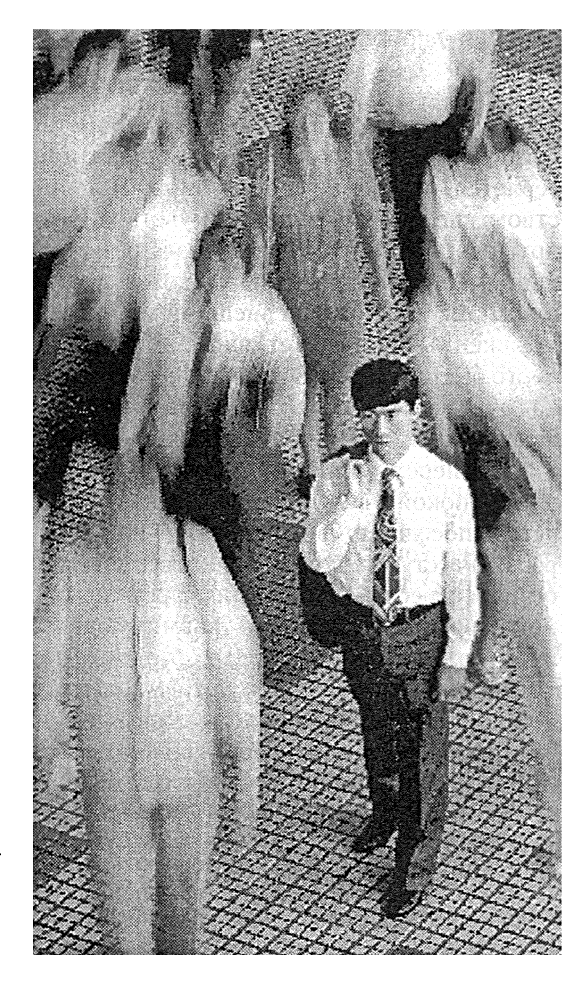
Диагностика ДРИ: сохраняющиеся противоречия

Спорные вопросы, касающиеся ДРИ, не ограничиваются, однако, теми, что связаны с действительным статусом отдельных идентичностей или с ролью, играемой в развитии ДРИ жестоким обращением в детстве. В известном смысле эти вопросы могут поставить телегу впереди лошади. Как уже говорилось, возможность симулированного или искусственного расстройства сдерживала диагностику ДРИ на протяжении как минимум столетия, и многие современные профессионалы, стоящие на страже психического здоровья, берут под сомнение валидность диагноза или существование каких-либо синдромов, отличных от преднамеренного разыгрывания театральной роли. Эти сомнения подкреплены подозрением некоторых непримиримых клиницистов в том, что профессионалы, сверх меры увлеченные яркими клиническими проявлениями и неразумно прибегающие к техникам, подобным гипнозу, сами несут ответственность за вызов данного «расстройства» у высоко внушаемых пациентов (см., например, McHugh, 1995; Spanos, 1996). В такого рода критике есть доля правды, но ей не удается убедительно объяснить все имеющиеся наблюдения, например независимые периодические подтверждения несомненно диссоциативных событий, произошедших до начала лечения. Критическому отношению к концепции ДРИ способствовала и та частота, с которой она используется преступниками и их адвокатами с целью избежать наказания за совершенные преступления («В этом виноват не я, а другая моя личность»). Эта защита безуспешно использовалась в деле Кеннета Бьянки, Хиллсайдского душителя (Orne, Dinges & Orne, 1984).

Однако известно, что, как продемонстрировали Спанос, Уикс и Бертран (Spanos, Weekes & Bertrand, 1985), у здоровых учащихся колледжа суггестивными методами удается вызвать некоторые явления, наблюдаемые при ДРИ, включая принятие второй личности. Такие ролевые демонстрации могут привлечь интерес, но, опираясь на них, нельзя объяснить, ни даже корректно поставить вопрос о реаль-

ности ДРИ. В конце концов, на том лишь основании, что субъекты способны убедительно изобразить человека с переломом ноги, нельзя утверждать, будто переломов вообще не бывает.

Наше собственное мнение в связи с дискуссией вокруг ДРИ таково, что последнее слишком часто определяется с точки зрения абсолютной дихотомии: оно считается либо несомненным и подлинным заболеванием, которое поражает беспомощную и пассивную жертву, либо совершенной подделкой, к которой беспринципный индивид прибегает с корыстными и недостойными целями. Между этими полярными ситуациями существуют, несомненно, и многие иные возможности. Многочисленные данные о существовании обособленных (диссоциированных) субсистем памяти и возможности активной бессознательной обработки информации указывают на то, что в норме значительная часть высокоорганизованной психической деятельности осуществляется вне сознательного осмысления. Мы должны отметить и возможность существования количественно значимой группы лиц, особенно подверженных патологизации этого процесса (Waller, Putnam & Carlson, 1996; Walter & Ross, 1997). Данные многих исследований показывают, что обособленные идентичности, скрывающиеся в пациентах с ДРИ, могут быть физиологически и когнитивно различными. Сканирование мозга, например, у двух альтернативных идентичностей может привести к совершенно разным результатам. Так как подобные различия никак нельзя симулировать умышленно (Armstrong, 1995; Eich et al., 1997; Miller, 1989; Miller et al., 1991; Osgood & Luria, 1954; Putnam, Zahn & Post, 1995; Silberman et al., 1985), из этих работ следует, что, чем бы ни было ДРИ, оно во многих случаях нечто большее, чем притворство или ролевая игра.



При расстройствах деперсонализации/дереализации мир часто видится смутным и неопределенным.

Соответственно вопросы о сознательной или бессознательной мотивации к тому или иному поведению, его искреннем или притворном, преднамеренном или непроизвольном характере, спланированном или спонтанном происхождении, как правило, задаются с чересчур упрощенных позиций. Насколько мы можем судить, работе человеческого сознания не свойственна подобная дихотомичность. Излишний интерес к вопросам, на которые нельзя дать ответ, может отвлечь нас от осмысления адаптационных процессов больного.

Мы можем переформулировать этот вопрос и спросить себя, считаем ли мы, что многие случаи ДРИ отмечены явными и тяжелыми нарушениями модуляции памяти, идентичности и поведения. Ответ в этом случае, исходя из имеющихся данных, с наибольшей степенью вероятности будет положительным. Все превратности, которые сопутствуют объявлению определенного поведения проявлением «психического расстройства», восходят к проблемам, рассматривавшимся в главе 1. Ясно одно: многие лица, подпадающие под диагноз ДРИ, — это несчастные, претерпевающие тяжелый стресс люди. Если необходимым условием помощи таким людям служит постановка психиатрического диагноза, то мы не считаем этот вердикт неизменно ошибочным.

Расстройство деперсонализации

Более частое диссоциативное расстройство, поражающее преимущественно подростков и молодых взрослых — **расстройство деперсонализации**, при котором теряется ощущение собственного Я. У индивидов, страдающих этим расстройством, внезапно развивается чувство инакости, того, что они являются какими-то другими людьми или что их тела разительным образом изменились: приобрели, например, гротескный вид. Похожее и часто сопутствующее переживание — **дереализация**, при которой внешний мир воспринимается в том или ином отношении искаженным; он может, например, ощущаться лишенным устойчивого и осязаемого бытия. Нередко изменения состояния описываются как переживание выхода из собственного тела. Индивиды в это время ощущают, что они парят над своими физическими телами и наблюдают за происходящим внизу. В своих мягких формах это переживание чрезвычайно распространено и не может служить поводом для беспокойства. Сообщения о внетелесных переживаниях включали в себя отчеты о посещении других планет или родственников, проживающих в других городах. Расстройство, как видно из приведенного ниже случая, часто провоцируется острым стрессом, возникшим в результате инфекционного заболевания, несчастного случая или какого-то травмирующего события.

Разбор случая: «путешествие» молодой женщины. Шарлотта Д., недавно разведенная 19-летняя женщина, была направлена лечащим врачом в амбулаторное психиатрическое заведение после нескольких «приступов», в ходе которых ее сознание покидало тело и отправлялось в незнакомое место, находившееся в другом штате. Первый такой случай произошел двумя месяцами раньше, через несколько дней после того, как муж без всяких объяснений ушел от нее. С тех пор у Шаролотты состоялось четыре эпизода «путешествия», которые развивались в состоянии бодрствования и длились от 15 до 20 минут. Она описывала свои переживания как сноподобное ощущение, при котором ее руки и ноги не были прикреплены к телу, а другие люди вокруг выглядели как зомби. После каждого приступа она обычно испытывала головокружение и боли в животе, продолжавшиеся часами.

В недавнем клиническом исследовании с участием 30 больных, страдавших расстройством деперсонализации, Симеон с коллегами (Simeon et al., 1997) отметили большую частоту коморбидных личностных расстройств (глава 9), особенно избегающего, пограничного и обсессивно-компульсивного. Они отметили, что расстройство деперсонализации оказывалось чрезвычайно резистентным к лечению. В совокупности эти данные говорят о том, что деперсонализация, выраженная в клинически значимой степени, чаще встречается у неустойчивых, ранимых индивидов с многочисленными сопутствующими проблемами. Эти больные сообщали и о большем количестве детских травм, чем представители контрольной группы, не страдавшие диссоциативным расстройством. Однако их травматические переживания были не такими жестокими, как те, например, о которых рассказывали пациенты с ДРИ.

Длительность протекания расстройства деперсонализации неизвестна. В промежутках между эпизодами индивиды, а таких достаточное число, переживающие состояния деперсонализации, обычно способны к нормальному функционированию. При более тяжелых проявлениях, подобных тем, что имели место в вышеописанном случае, переживание может быть весьма устрашающим и вызвать у жертвы тревогу, связанную с неминуемым психическим распадом. Обычно такие страхи беспочвенны. Однако иногда ощущения деперсонализации бывают первыми признаками близящейся декомпенсации и развития шизофреноподобных психотических состояний, рассматриваемых в главе 12. В любом случае профессиональная помощь в преодолении провоцирующих стрессоров и снижении тревоги может оказаться полезной.

Причинные факторы при диссоциативных расстройствах

Из-за недостаточной изученности каузальных паттернов, действующих при диссоциативной амнезии, фугах и расстройстве деперсонализации, о них, помимо сказанного, известно относительно немногое. Поэтому здесь мы сосредоточимся на предполагаемых причинных факторах, участвующих в развитии ДРИ.

Росс, пересмотрев свои ранее высказанные взгляды (Ross, 1989), в которых подчеркивалась исключительная важность для этиологии ДРИ насилия, проявленного по отношению к больному в его детские годы, предложил четыре различных «механизма», способных приводить к возникновению синдрома ДРИ (Ross, 1997). Эти механизмы не являются взаимоисключающими, и в каждом отдельном случае может иметь место сочетание одного или нескольких из них. Он описывает их следующим образом:

1. **Механизм развития через травму детского возраста**: речь идет о первоначальном и до сих пор широко разделяемом представлении, согласно которому ДРИ вырастает из попыток ребенка справиться с непосильным для него ощущением безнадежности и бессилия перед лицом систематического жестокого обращения. Не имея другого выхода и возможностей, ребенок создает «устойчивые внутренние фигуры, которые всегда могут выступить объектами привязанности и к которым всегда можно обратиться за помощью, защитой и покровительством» (Ross, 1997, p. 65).
2. **Механизм развития через заброшенность в детские годы**: подразумевается разновидность травмы детского возраста, когда ребенок не столько подвер-

гается физическому или сексуальному насилию, сколько предоставляется сам себе, возможно, что его время от времени запирают в чулан или подвал или долго не обращают на него внимания. Как правило, матери таких детей также страдают психическими нарушениями: депрессией, шизофренией, хроническим алкоголизмом или даже ДРИ.

3. **Искусственный механизм**: в данном случае симптомы ДРИ проявляются, как правило, в качестве одной из многих «уловок», к которым индивид прибегает по ходу эксплуатации системы здравоохранения. Обычно имеет место длинный медико-хирургический анамнез, а часто — многочисленные психиатрические диагнозы, поставленные в прошлом. Росс (Ross, 1997) считает искусственный механизм (не осложненный другими) для психиатрии более серьезной проблемой, чем чисто травматический механизм развития ДРИ.
4. **Ятрогенный механизм**: термин *ятрогенный* означает «спровоцированный средствами, применяемыми врачами общего профиля». Включением этого механизма Росс признает многочисленные данные о том, что иногда ДРИ развивается в результате некомпетентного и неправильного лечения других расстройств, которые также, в свою очередь, диагностированы неверно. Наиболее часто это биполярные (глава 6), посттравматические стрессовые (глава 4) и смешанные синдромы с отдельными элементами диссоциации. На ятрогенном механизме мы остановимся подробнее в разделе «Неразрешенные проблемы».

Большинство исследований, целью которых было изучение причин ДРИ, ориентировалось на более «чистые» случаи, связанные с двумя первыми вышеописанными травматическими механизмами. Мы рассмотрим эти исследования ниже, но должны предупредить читателей, что они распределены неравномерно и отдельные области полностью выпали из сферы внимания исследователей.

Биологические факторы

Мы не нашли убедительных подтверждений тому, что в патологической диссоциации участвуют генетические факторы. Тот же вывод звучит в последнем исследовании близнецов, проведенном Уоллер и Росс (Waller & Ross, 1997). Тем не менее нельзя исключить, что в дальнейшем удастся выявить в этом случае умеренный генетический риск. Было бы преждевременным исключение всякой возможности врожденной повышенной способности к диссоциации у больных, страдающих этими расстройствами (Braun & Sachs, 1985).

Психосоциальные факторы

Обследование 71 ребенка, подвергшегося сексуальному насилию, показало сходство их реакций с посттравматическим стрессовым расстройством (глава 4) (Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989). Существует достаточное количество фактов, свидетельствующих о том, что ДРИ большей частью — разновидность посттравматического диссоциативного расстройства (см. Brown, 1994; Zelikovsky & Lynn, 1994). Следует, однако, подчеркнуть, что сексуальное домогательство редко случается вне общей серьезной семейной патологии, многие аспекты которой (например, постоянная угроза распада первичной суппортивной системы ребенка) сами по себе

могут оказывать травмирующее воздействие (Biere & Elliott, 1993; Nash et al., 1993; Tillman, Nash & Lerner, 1994). Нетрудно представить механизм, посредством которого частично независимые (диссоциированные) субсистемы, составляющие альтернативные идентичности, могли выполнять важные адаптивные и копинговые функции индивидов, которых жестоко и неоднократно травмировали в детские годы, испытавших сексуальное насилие, особенно (хотя и не только) в случае инцеста. Росс (Ross, 1997) говорит об этом так: «Что такое ДРИ? ДРИ это маленькая девочка, воображающая, будто жестокости творятся с кем-то другим» (р. 69).

На рис. 7. 1 показано процентное соотношение различных видов насилия, упомянутых жертвами в пяти отдельных исследованиях, где общее число участвовавших — 843 пациента с ДРИ.

Более того, конкретное сексуальное насилие, упомянутое в таких исследованиях, нередко выходит за рамки развратных прикосновений и ласк, подразумевая целенаправленный половой акт и оральное/анальное проникновение (например, Ross et al., 1991).

Изложение этих данных получило развитие в недавно представленном и подтвержденном уникальными документами исследовании, в ходе которого изучались 12 осужденных убийц с диагнозом ДРИ: 11 мужчин и женщина. В этом исследовании Льюис с коллегами (Lewis et al., 1997) поставили цель определить реальность жестокого обращения в прошлом, изучили медицинскую, психиатрическую, школьную, армейскую, тюремную и предоставленную социальной службой документацию, а также записи интервью с членами семьи и другими лицами. Кроме того, они изучили рубцы на телах исследуемых субъектов; таковые имелись у 11 из 12 и большей частью совпадали с предъявленными данными о жестоком обращении. С помощью этих методов было установлено, что такому обращению подвергались все 12 человек, когда были детьми, и эти действия, как общего, так и сексуального характера, были отмечены особой жестокостью. Важно отметить, что эти жертвы, по словам исследователей, большей частью либо не помнили о таких событиях

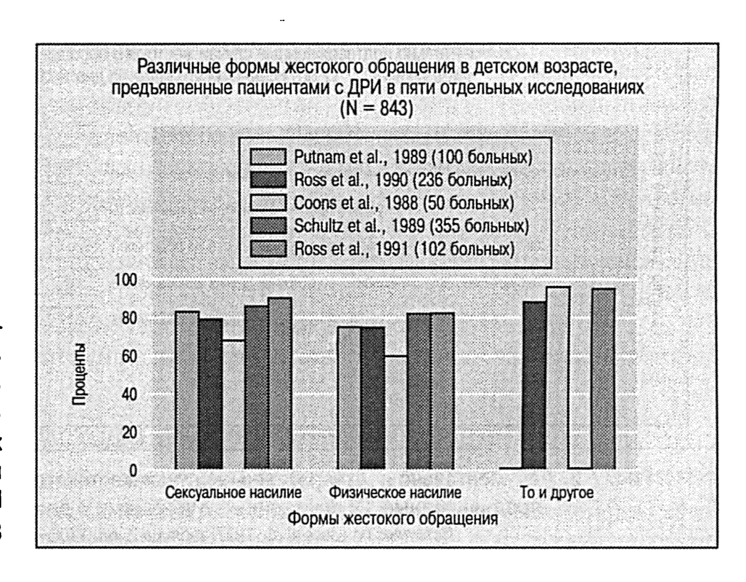


Рис. 7.1. Травмы, связанные с жестоким обращением в детстве, предъявленные в пяти отдельных исследованиях с участием пациентов, страдающих ДРИ
Общее число участников — 843

детства, либо вспоминали о них лишь частично при расспросах. Эти результаты представлены на рис. 7.2.

К этому исследованию, к сожалению, не была привлечена для сопоставления контрольная группа убийц без симптоматики ДРИ. Поэтому мы не можем с уверенностью утверждать, что с детской травмой у этих субъектов связано не столько (или не в большей мере) их последующая криминальная деятельность, сколько развитие ДРИ. Нет оснований предполагать, что диссоциативные переживания усиливаются вследствие длительного заключения. В то же время представляется неблагоразумным полностью игнорировать информацию, предоставленную этим несовершенным, но в прочих отношениях интересным и трудоемким исследованием.

В сообщениях о больных, среди которых выделяется известное дело Сибиллы, систематически истязавшейся и чуть не убитой ее психотичной матерью (Schreiber, 1973), описываются жестокости, которым подвергались в детстве некоторые пациенты с ДРИ. Они иногда носят чудовищный характер, как, например, вырывание внутренностей. Однако сообщения о высокой частоте сексуального и прочего насилия в детском возрасте, в котором иногда усматривают причинные факторы как ДРИ, так и некоторых иных расстройств, в последние годы вызвали разногласия. В отдельных случаях подобные сообщения являются результатом ложных воспоминаний, которые, в свою очередь, являются продуктом наводящих и суггестивных техник, применяемых убежденными, но не вполне искусными психотерапевтами (см., например, Yapko, 1994). Хотя у нас не возникает сомнений в том, что такого рода ситуации действительно имели место, приводя к трагическим последствиям для неповинных семейств, справедливо и то, что жестокость по отношению к детям проявляется слишком часто. Она может оказать среди прочих факторов разрушительное воздействие на нормальное развитие и, по-видимому, способствовать вместе с ними патологической диссоциации (см. Nash et al., 1993; Trickett & Putnam, 1993). Проблема ложных воспоминаний подробнее рассматривается в разделе «Неразрешенные проблемы», помещенном в конце настоящей главы.

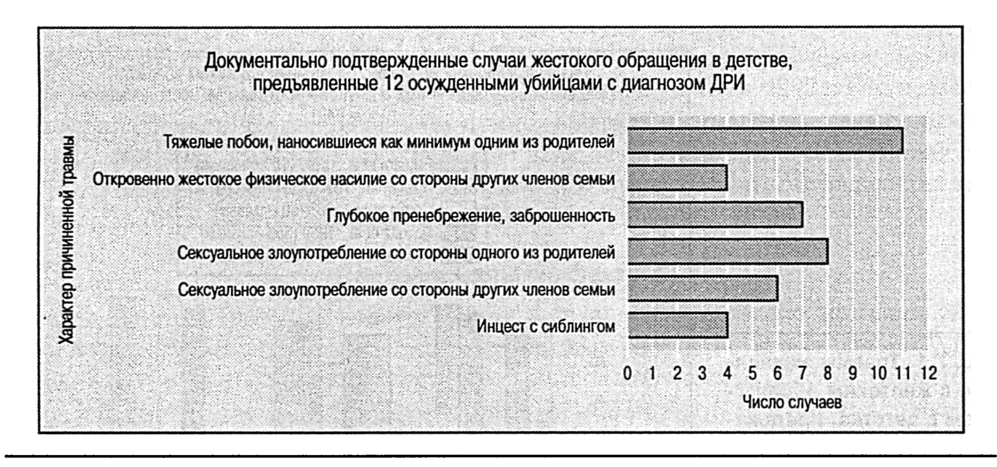


Рис. 7.2. Документально подтвержденные случаи жестокого обращения в детстве, предъявленные 12 осужденными убийцами с диагнозом ДРИ

Источник: по *Lewis et al.*, 1997, таблица 2, pp. 1708–1709

Возможно ли ДРИ при отсутствии в анамнезе тяжелой травмы детского периода? Если мы согласимся с обоснованным, вероятно, представлением о разных, но часто пересекающихся «механизмах», ведущих к клиническим проявлениям ДРИ, как это описано выше, то ответ, скорее всего, будет отрицательный. В подобных случаях можно, однако, ждать, что у этих людей проявятся и другие факторы, способствующие развитию диссоциативных тенденций, такие как хорошая гипнабельность (Butler et al., 1996) и высокая способность к сосредоточению на себе (внутренний фокус внимания), а также к фантазированию (Kihlstrom, Glisky & Angiulo, 1994). Шкала диссоциативных переживаний (Bernstein & Putnam, 1986) — вопросник для самостоятельной работы — позволяет выявить как эпизоды диссоциативных переживаний, так и диссоциативность в качестве личностной черты. Он широко применялся для измерения соответствующих тенденций и снискал значительную поддержку как валидный инструмент для определения диссоциативных симптомов (Carlson & Armstrong, 1994). В действительности определенную подгруппу позиций этой шкалы можно использовать для валидной идентификации индивидов, относящихся к классу *патологических диссоциаторов* (Waller, Putnam & Carlson, 1996). Несомненно, большинство лиц с высокими показателями этой шкалы может иметь в своем анамнезе травму детского возраста.

Социокультурные факторы

По-видимому мало кто сомневается в том что на частоту и распространенность диссоциативных расстройств, особенно их наиболее ярких форм, таких как ДРИ, значительно влияет то, насколько подобные явления принимаются окружающей культурной средой в качестве либо нормальных явлений, либо официально признанных психических расстройств. И, как видно на примере нашего общества, принятие и терпимость к ним со временем изменяются.

Многие, на первый взгляд, родственные явления, как, например, одержимость духами, представлены во многих странах мира, там, где они поддерживаются нормами местной культуры (Krippner, 1994). Состояния, которые в нашей господствующей культуре могли быть восприняты как патологическая диссоциация, не всегда дезадаптивны и не должны оцениваться как проявления психического расстройства. Стэнли Криппнер говорит об этом так: «Люди могут создавать личности по мере необходимости, чтобы защититься от травмы, приспособиться к требованиям культуры или оправдать ожидания психотерапевта, медиума или экзорциста. Эта податливость обладает как адаптивными, так и дезадаптивными аспектами» (Krippner, 1994, p. 358). Данный подход возвращает нас к проблеме попытки разобраться в широко варьирующих ценностях, при помощи которых мы пытаемся определить самую суть психического расстройства (глава 1). Так ли на самом деле плохо расщепить свою идентичность, чтобы справиться с травмирующими событиями? Или наши тревоги отчасти основываются на западных ценностях собственного Я и здравого рассудка?

Лечение и исходы диссоциативных расстройств

О лечении и исходах диссоциативных амнезий, фуг и расстройства деперсонализации известно так же мало, как и об их причинных факторах. В отношении расстройства деперсонализации мы уже упоминали исследование, результаты которого

говорят о его резистентности к лечению, но это суждение опиралось всего на 30 случаев и, скорее, производило известное впечатление, чем вытекало из досконального количественного анализа (Simeon et al., 1997). В отношении диссоциативной амнезии и фуги существует еще меньшее количество данных в связи с тем, что мы располагаем ограниченным числом описанных индивидуальных случаев. Поэтому мы вновь сосредоточимся на лечении ДРИ.

Своей главной задачей большинство терапевтов, работающих с больными, страдающими ДРИ, считают достижение «интеграции» (то есть некоторого объединения ранее обособленных альтернативных идентичностей наряду с их слиянием в единое целое с личностью-»хозяином»). Однако при всех разнородных, зачастую разрушительных и достаточно аморфных качествах альтернативных личностей мы не уверены, что нам понятен смысл этого термина, когда он используется в данном контексте. Разумным критерием терапевтического успеха должно быть исчезновение альтернативных идентичностей или существенное ослабление их власти, которая позволяет им приобретать чрезмерный контроль над поведением «хозяина» или как-то иначе препятствовать его приспособительным усилиям. Возможно, что результатом в этом случае будет именно «интеграция», но в настоящее время специфический смысл этого термина применительно к пациентам с ДРИ остается неясным.

Насколько мы знаем, сегодня не существует тщательно разработанных и проконтролированных исследований, посвященных лечению ДРИ. Большинство сообщений в научной литературе сводится к обзору единичных случаев и отражает как широкое разнообразие лечебных подходов, так и разнообразие терапевтических результатов. В случаях, когда изучению подвергалась терапия, проводившаяся большим группам больных, страдающих ДРИ, результаты, как, например, в отчете Кунса (Coons, 1986), были неоднозначными. Элласон и Росс (Ellason & Ross, 1997) недавно сообщили о результатах двухгодичного контрольного наблюдения за пациентами с ДРИ после их выписки из специализированного больничного отделения. Были отобраны и подвергнуты систематической оценке 54 таких пациента из первоначальной группы, насчитывавшей 135 человек. У этих больных, особенно тех, у кого достигалась «интеграция», отмечалось заметное улучшение в различных аспектах жизни. Эти результаты могут внушать известный терапевтический



Несмотря на противоречивость восстановленных воспоминаний, есть данные о том, что физическое и сексуальное насилие в прошлом коррелирует с диссоциативными расстройствами. Один из исследователей считает: «Что такое ДРИ? ДРИ – это маленькая девочка, воображающая, будто жестокости творятся с кем-то другим».

оптимизм, однако нам следует поинтересоваться клиническим состоянием других, «потерянных», пациентов, которые образуют значительное большинство группы (81 человек). Можно предположить, что их успехи в среднем не столь велики; по нашему мнению, 54 отобранных экс-пациента представляют собой тенденциозную выборку с целью подтверждения хороших результатов лечения.

При очевидном разнообразии лечебных подходов необходимо с исследовательской точки зрения прийти к некоторому согласию в характеристиках, которыми должна обладать наиболее перспективная лечебная методика. В этой связи Клюфт (Kluft, 1993) предложил трехэтапную модель лечения ДРИ, которая получила поддержку в более поздней работе Горевица и Лёвенштейна (Horevitz & Loewenstein, 1994), посвященной тому же вопросу. Выделены следующие три этапа:

1. **Стабилизация**: терапевт и клиент устанавливают основные правила относительно характера терапевтических отношений, делятся своими взглядами на проблему, рассматривают вопросы взаимного доверия и вырабатывают способы предотвращения дальнейшей личностной фрагментации перед лицом стресса. В эти основные правила входит констатация условий, например, при угрозе со стороны альтернативной идентичности причинить физический вред терапевту или членам его семьи последует немедленное прекращение терапии.
2. **Проработка травмы и разрешение диссоциативных механизмов защиты**: в этой фазе, занимающей центральное место в лечении, клиенту необходимо решить три важнейшие задачи: а) приступить к эффективному устранению амнезии и наклонности «переключаться» с одного состояния идентичности на другое; б) обратиться к диссоциативным воспоминаниям и разобраться в них, соединяя их с реально произошедшими событиями; в) восстановить связи между различными, внешне обособленными, состояниями идентичности. Несомненно, успешное завершение этой критической стадии лечения требует от терапевта высочайшего мастерства наряду с терпением и снисходительностью, которые не так часто встречаются в человеческом обществе. Итак, терапевт *должен* быть столь предан своему делу, сколь и профессионально компетентным; к сожалению, так бывает не всегда (глава 17).
3. **Постинтеграционная терапия**: это стадия главным образом восстановления и компенсации многочисленных дефектов, оставленных (нередко) годами псевдоприспособления, достигнутого посредством диссоциативных стратегий. В навыках, познаниях и общем функционировании клиента могут возникать огромные пробелы, из-за чего у него часто развивается чувство глубокого одиночества и отверженности, вызванное необходимостью вернуться к жизни в мире, который во многих отношениях оказывается совершенно незнакомым. Кроме того, теперь пациенты переживают/признают глубоко болезненные воспоминания, которых они прежде избегали. Ситуация часто осложняется скорбью в связи с «утратой» комфортного, хотя и очень дорогостоящего приспособления. Об этой последней фазе терапии сказано, что она зачастую затягивается (на один-два года) и тяжело переносится как пациентом, так и терапевтом.

Общие стратегии этого плана лечения вполне разумны и заслуживают тщательной эмпирической оценки. К сожалению, нет уверенности в том, что в обозримом будущем удастся добиться достаточного финансирования, необходимого для за-

пуска подобного проекта. Вокруг феноменов ДРИ развернуты ожесточенные дебаты относительно их природы и сопутствующих им обстоятельств, таких как сексуальная травма детского возраста и достоверность связанных с ней воспоминаний. Эти соображения мы рассматриваем ниже, в разделе «Неразрешенные проблемы». В то же время мы отмечаем, что органы, занимающиеся финансированием перспективных исследований, обычно не стремятся выделять средства для решения столь спорных вопросов.

Нерешенные проблемы:

ДРИ и травма детского возраста

В 1990-х годах между профессионалами в области психического здоровья возникли серьезные разногласия по поводу достоверности самого понятия «диссоциативное расстройство идентичности» и соответствующих «восстановленных» воспоминаний о травме детского возраста, особенно сексуальной, которые постулировались в качестве главного причинного фактора в развитии тяжелой диссоциативной патологии у взрослых. Подходя к этой ситуации несколько упрощенно, можно сделать вывод, что главными участниками в этом конфликте были, с одной стороны, «верующие», к которым большей частью относятся частнопрактикующие специалисты, лечившие людей с такими состояниями, и, с другой стороны, «неверующие», к которым, главным образом, принадлежат профессионалы-исследователи. Последние, хотя и сочувствуют людям, страдающим от подобных симптомов, в целом взяли под сомнение достоверность как диагноза, так и его сомнительной первопричины — жестокого обращения в детские годы.

Как известно, разногласия вышли за пределы профессиональных дебатов и стали предметом общественной дискуссии, ведущей к бесчисленным судебным разбирательствам. Больные с ДРИ обвиняли своих родителей в нанесении психической травмы; они также обвиняли терапевтов и лечебные учреждения во внушении воспоминаний о травмах, которых, по их мнению, не было совсем. Родители, утверждая, что их обвинили несправедливо, создали международную организацию поддержки «Фонд помощи при синдроме ложных воспоминаний». Они периодически обвиняют терапевтов в нанесении вторичного ущерба в связи с внушенными ими сомнительными воспоминаниями о родительской жестокости. Многие семьи распались, не выдержав существования в этой тяжелой атмосфере подозрений, обвинений, тяжб и неослабевающей враждебности.

Несмотря на то что достоверность диагноза ДРИ и его предполагаемые причины, коренящиеся в тяжелом детстве, представляют собой изначально различные проблемы, в процессе дебатов они обнаружили тенденцию к слиянию. Поэтому те, кто сомневается в достоверности воспоминаний о жестокостях, склонны и сами явления ДРИ рассматривать как театрализованное представление, поощряемое или индуцированное, подобно тяжелым воспоминаниям, неправильно выстроенной терапией (см., например, Spanos, 1996). С другой стороны, «верующие» не испытывают никаких сомнений в правомочности как диагноза ДРИ, так и идеи о травме детского возраста (см., например, Lewis et al., 1997).

Таким образом, разногласия в значительной мере обусловлены разными взглядами на природу, надежность и пластичность автобиографических воспоминаний

людей. За редким исключением свидетельства о жестоком обращении в детстве как причине ДРИ ограничиваются «восстановленными воспоминаниями» (то есть воспоминаниями изначально недоступными) взрослых людей, проходящих курс лечения в связи с диссоциативными переживаниями. Данное лечение основано на той идее, что подобные воспоминания, прежде чем началась терапия, были «вытеснены» в силу их травмирующего характера. Лечение, проводящееся в соответствии с позицией «верующих», демаскирует репрессивную защиту и благодаря этому доводит до осознания точные по своей сути воспоминания о былых жестокостях.

«Неверующие» отвечают хорошо обоснованным с научной точки зрения аргументом, говоря, что человеческая память на события прошлого работает не по принципу компьютера, который может с абсолютной точностью и без тени фальсификации восстановить ранее «введенную» информацию. Скорее, человеческая память *созидательна* и очень сильно подвержена модификации или ревизии, которые основаны на переживании событий, произошедших после того, как в памяти остался некий первоначальный отпечаток (Schacter, Norman & Koustaal, 1998). Непосредственно обращаясь к вопросу жестокого обращения в прошлом, Кирш, Линн и Рью (Kirsch, Lynn & Rhue, 1993) говорят следующее: «Травматический анамнез... состоит не только из прошлых событий детства, но также из их интерпретации, приукрашивания и искажения, которые индивид допускает с высоты событий недавних, с позиции достижений, паттернов поведения и отношений, которые составляют его настоящую жизнь... Короче говоря, память не является неизменной и не подобна мухе, застывшей в куске янтаря, равно как и сознание не склад, где хранятся неизгладимые впечатления, факты и информация. На самом деле данные, предоставляемые научной литературой по вопросам памяти, указывают на то, что обыденная память ошибочна и что некоторые субъекты излишне полагаются на безупречность своих воспоминаний...» (р. 18)

Не вызывает сомнения, что к началу 1990-х годов многие недостаточно подготовленные терапевты, не имеющие представления о принципах работы человеческой памяти, стали поддерживать идею, что при избрании достаточно энергичного терапевтического подхода можно определить подлинную и точную информацию о детских переживаниях клиентов. Кроме того, некоторые специалисты были убеждены, что достаточно распространенные симптомы и жалобы взрослых (например, головные боли, малое самоуважение, необъяснимая тревога) сами по себе говорят о наличии в детстве травмы (см., например, Bass & Davis, 1988; Bloom, 1990), оправдывая этим неумолимое требование к клиенту вспомнить о прошлом жестоком обращении. Многие пациенты под давлением терапевта на фоне свободного применения таких запутывающих процедур, как состояние гипнотического транса, в конечном счете «вспоминают» о таких инцидентах, подтверждая «авторитетное» мнение специалиста.

В середине 1990-х годов, пытаясь содействовать решению конфликта и дать его участникам и общественности рекомендации относительно поднятых вопросов, Американская психологическая ассоциация (АПА) созвала двухпартийный совет экспертов — «Рабочую группу по изучению воспоминаний о жестоком обращении в детстве». Еще одним подтверждением сильных разногласий по этим вопросам является сообщение главного администратора АПА Реймонда Фаулера, переданное по электронной почте 27 февраля 1997 года: «Рабочая группа не пришла к согласию почти ни по одному пункту». Результатом стало то, что общественность

и многие профессионалы, непосредственно не вовлеченные в спор, остаются при совершенно разных мнениях и пребывают в замешательстве, не зная, как и члены созданной рабочей группы, что думать о диссоциативных явлениях и их связи (если таковая есть) с фактическим жестоким обращением в детстве.

До тех пор пока не появятся четкие данные, способные привести к консенсусу среди ведущих специалистов клинических и научных кругов, наиболее целесообразно требовать от клиницистов лечения больных с подозрением на такие состояния в соответствии, как это описано ниже, со стандартами профессиональной практики. Как уже отмечалось, были зафиксированы случаи отхода от этих стандартов, что во многом послужило причиной раздражения и гнева со стороны профессионалов, придерживающихся более точного научного подхода к психическому здоровью. Так как эта порочная практика явилась результатом не умышленного желания навредить пациентам, а следствием невежества и ошибок, остается надежда, что нынешнее положение дел можно исправить более грамотным и осторожным подходом к клинической ситуации.

Заметным шагом вперед в свете вышесказанного стало опубликование долгожданной и содержательной книги, в которой затронута данная исключительно сложная клиническая проблема: «Восстановленные воспоминания о жестоком обращении: оценка, терапия, судебная экспертиза» Кеннета Поупа и Лауры Браун (Pope & Brown, 1996). В этой работе признается возможность «реального» развития ДРИ и соответствующих клинических синдромов, равно как и возможность подлинной причинной связи между расстройством и жестоким обращением в детские годы. На фоне подробного рассмотрения спорных вопросов, которыми изобилует данная область, в книге предлагаются процедуры, снижающие вероятность ошибки со стороны слишком решительных профессионалов практического звена.

Поуп и Браун подчеркивают важность профессиональной компетентности в трех плоскостях: интеллектуальной, эмоциональной и процедурной. Последняя связана с навыками практического выполнения элементов тщательно сформулированной оценки и плана лечения.

Интеллектуальной компетентностью, как видно из термина, называется надлежащий уровень знаний практического работника об основных психологических процессах, которые, несомненно, будут затронуты в ситуации, где возникает вопрос о возможном жестоком обращении в прошлом, таких как функционирование памяти, теория развития, характер и последствия психической травмы. Сюда входит доскональное осмысление часто скрытых от наблюдения явлений, без которых не обходится ни одно заключение. Это побуждает практических работников к самокритичности по мере формирования представления о больном. Эмоциональной компетентностью называется гибкость и изобретательность при работе с зачастую драматическим клиническим материалом, который может возникнуть при лечении пациентов с восстанавливающимися воспоминаниями о прошлой травме. Терапевт, упускающий такие тонкости, например, преждевременно встающий на сторону клиента в стремлении наказать «злых» родителей, несомненно, допустит серьезные ошибки в веде́нии больного. Поуп и Браун советуют чаще консультироваться с коллегами, а в более серьезных случаях, быть может, пройти личную терапию. Это относится к специалистам, которые чувствуют себя слишком уставшими от работы с этой проблемной клинической группой.

Резюме

Соматоформные и диссоциативные расстройства, первоначально включенные в класс так называемых невротических расстройств, в современных версиях *DSM* были признаны самостоятельными и отличными друг от друга нарушениями. Между ними сохраняется определенное сходство; и те и другие представляют собой завуалированные способы избежать психологического стресса наряду с отрицанием личной ответственности за подобные действия. Звучат и предположения, что эти расстройства связаны с травматическими детскими переживаниями, кроме того, они пребывают в отношениях коморбидности между собой.

Соматоформными называются расстройства, при которых психологические проблемы проявляются в физических нарушениях (или жалобах на такие нарушения), имитирующих соматические заболевания, но не сопровождающихся обнаружением соответствующей органической патологии. К ним относятся соматизированное расстройство (хроническое отсутствие ощущения физического благополучия), ипохондрия (тревожная обеспокоенность приписываемой себе болезнью), болевое расстройство (болевые ощущения, диспропорциональные по отношению к объективным данным о заболевании) и конверсионное расстройство (сравнительно специфическое нарушение сенсорных, моторных или висцеральных функций). Вторичная выгода, или преимущества, извлекаемые индивидом благодаря его недееспособности, могут осложнять клиническую картину при соматоформных расстройствах и препятствовать прогрессу в ходе лечения. Несмотря на то что в развитии этих расстройств участвуют некоторые факторы риска, как, например, невротичность, этиологическая гипотеза остается большей частью неуточненной. За исключением болевого и конверсионного расстройств прогноз при лечении не внушает особых надежд.

При диссоциативных расстройствах происходит ярко выраженная дезорганизация нормальных процессов, регулирующих сознательную и многоканальную психическую деятельность, что ведет к разнообразным нарушениям сознания и личностной идентичности. К ним относятся: функциональные амнестические состояния с фугами или без них, красочные явления диссоциативного расстройства идентичности (ДРИ), когда индивид может иметь множество внешне автономных личностей или их фрагментов, а также расстройство деперсонализации, при котором у человека возникает ощущение потери связи с собственным Я. За последние три десятилетия заболеваемость и распространенность диагностированного ДРИ заметно возросли, что говорит о значительном влиянии на возникновение этого расстройства факторов социокультурной среды. Диссоциативным переживаниям способствуют некоторые черты личности, такие как способность к сосредоточенности на себе; кроме того, появляется все больше данных, говорящих о том, что важным фактором риска, особенно в плане развития ДРИ, служат травматические переживания детского возраста. Лечение диссоциативных расстройств, особенно ДРИ, представляется трудным, и в запущенных случаях вероятность полного выздоровления может быть весьма проблематичной.

Для профессионалов концепция ДРИ остается глубоко противоречивой проблемой, равно как и предполагаемые связи этого расстройства с травматическими переживаниями детского возраста. В настоящее время по-прежнему среди широкого круга общественности существуют противоречивые, нередко конфликтные мнения по данному вопросу, поэтому дебаты по проблеме продолжаются.

ГЛАВА 8

Расстройства питания и другие психогенные нарушения физического здоровья

Профессия врача традиционно была связана со знаниями и умениями, позволяющими воздействовать на анатомические и физиологические факторы при различных заболеваниях. С другой стороны, внимание психопатологии сосредоточивалось в первую очередь на выявлении и коррекции психологических факторов, связанных с психическими расстройствами. Сегодня мы понимаем ограниченность обоих подходов: заболевание, даже если оно изначально имеет физическую или психологическую основу, всегда затрагивает всего человека, а не только его тело или психику.

Организм и сознание напоминают, скорее, улицу с двусторонним движением. Усталость или простуда могут снизить толерантность к психологическому стрессу; эмоциональное страдание способно понизить резистентность к соматическому заболеванию; старания женщины соответствовать современным стандартам красоты могут заставить ее пойти на опасное для здоровья голодание; другие дезадаптивные паттерны поведения, как, например, злоупотребление алкоголем, могут повлечь за собой заболевания внутренних органов — мозга и печени. Более того, общая жизненная ситуация индивида во многом влияет на возникновение болезни, ее характер, продолжительность и прогноз.

Выздоровление от соматического или психического заболевания происходит быстрее, если больной хочет вернуться к работе, семье и друзьям, нежели в случае, когда эта работа ему неприятна, а дома царит атмосфера неблагополучия. Как мы видели в предыдущих главах, социокультурные факторы влияют на типы и частоту расстройств, обнаруживаемых у людей, принадлежащих к разным культурам, а также в различных гендерных и возрастных группах. Наиболее распространенные человеческие недуги — соматические, психологические или те и другие — определяются временем, местом и образом жизни людей. Короче говоря, человек представляет собой единое биопсихосоциальное целое.

Бихевиоральная медицина является широким междисциплинарным подходом к лечению соматических расстройств, главной причиной возникновения и/или поддержания которых считаются психосоциальные факторы. В данной области

медицины, таким образом, задействованы профессионалы из многих сфер, включая традиционную медицину, психологию и социологию, которые, рассматривая состояние здоровья индивида, учитывают биологические, психологические и социокультурные влияния. Однако акцент в бихевиоральной медицине делается главным образом на роли психологических факторов в возникновении, поддержании и профилактике соматических заболеваний.

В этой главе мы обратимся преимущественно к **психогенным заболеваниям**, болезням, которые либо провоцируются, либо сохраняются под влиянием психологических факторов. Некоторые психологи сочли эту область сферой своего профессионального интереса. **Психология здоровья** — особое направление в бихевиоральной медицине, имеющее дело с психологическими требованиями в диагностике, лечении и профилактике психологических компонентов в физической дисфункции. Начиная с 1970-х годов эта дисциплина стремительно развивалась и оказала заметное влияние практически на всю клиническую медицину (Belar, 1997; Hafen et al., 1996).

Поведенческий подход к соматическим заболеваниям включает в себя анализ широкого спектра биопсихосоциальных факторов в следующих мало изученных областях (по Gentry, 1984).

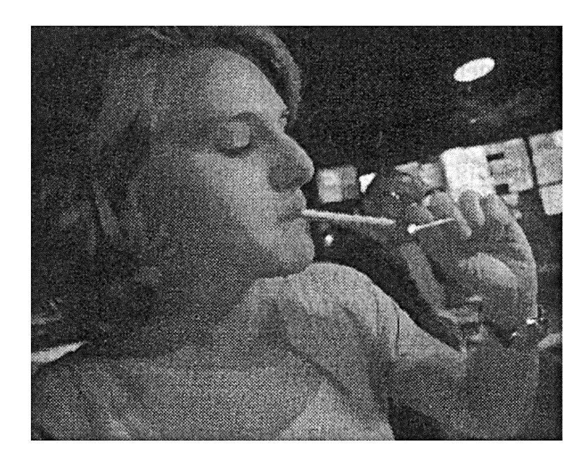
- Психологические факторы — критические события в жизни, характерное поведение и структура личности, которые могут располагать индивида к физическим недугам.
- Пути, которые сокращают негативные последствия стресса, используя при этом личностные ресурсы, включающие в себя стили копинг-поведения, социальную поддержку и определенные черты личности.
- Биологические механизмы, приводящие к нарушению физиологических параметров человека под действием стрессоров, особенно тех, которые возникают в силу дезадаптивного поведения. Воздействия стрессоров на иммунную, эндокринную, пищеварительную и сердечно-сосудистую системы.
- Психологические процессы, с которыми связаны выбор индивидом образа жизни, сопряженного с риском, или забота о собственном здоровье и повышенное внимание к себе.
- Факторы — биомедицинские, поведенческие, культурные, социальные и межличностные (например, аспекты отношений между врачом и больным), определяющие выполнение лечебных рекомендаций.
- Эффективность психологических мероприятий, например санитарного просвещения и изменения стиля поведения, приводящего к смене нездорового образа жизни и непосредственного устранения заболеваний как для отдельного индивида, так и для общества в целом.

С этой точки зрения психологическая депрессия у больного может не только способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний (Glassman & Shapiro, 1998; см. также справку 8.3), но и препятствовать их эффективному лечению в случае отсутствия у пациента желания следовать предписанному режиму физических упражнений. Поэтому бихевиоральная медицина вооружает работников здравоохранения дополнительными инструментами для понимания и лечения

многих заболеваний. Она побуждает учитывать, например, особенности профессии и семейные обстоятельства, которые могут сделать лечение соматической патологии более успешным. Бихевиоральная медицина имеет далеко не второстепенное значение и не считается, образно выражаясь, приправой к главному блюду; наоборот, она может сыграть решающую роль в определении клинических исходов, включая вопросы жизни и смерти.

До появления *DSM-III* большинство психогенных соматических недугов классифицировалось как *психофизиологические расстройства* (а до этого как *психосоматические расстройства*). Тогда внимание сосредоточивалось на патологии отдельных систем и органов организма, например на пептической язве, которые, как считалось (хотя в данном примере ошибочно), имели изначально психологическую природу. В 1980 году, с принятием *DSM-III*, от категории психофизиологических расстройств отказались, главным образом благодаря новейшим представлениям, подчеркивающим наличие психологической составляющей при всех соматических заболеваниях. Иными словами, попытку выделить отдельные заболевания, в этиологии или течении которых существует психологический аспект, сочли ограниченной и ошибочной, так как исследователи пришли к выводу, что трудно найти патологию, полностью лишенную этого компонента. В настоящее время в соответствии с *DSM-IV* больные оцениваются по отдельным осям, которые соответствуют расстройствам, сопровождающимся психиатрической симптоматикой (I ось), личностными расстройствами (II ось) и сопутствующим физическим, или соматическим заболеванием (III ось). Таким образом, на двух первых осях не остается места для классических психосоматических расстройств.

Для психиатрической диагностики большинства соматических заболеваний, в которых участвуют психологические факторы, к I ось отнесена крупная категория под названием «Психологические факторы, воздействующие на соматическую патологию». Факторы, способствующие такой патологии, разделены на шесть подкатегорий: 1) психические расстройства; 2) психологические симптомы; 3) личностные черты или стиль копинга; 4) поведение, дезадаптивное по отношению к здоровью; 5) физиологические реакции, обусловленные стрессом и 6) прочие/неуточненные. Подобные диагнозы ставятся в случаях, когда соматическое заболевание,



Поведенческая медицина, включающая психологию здоровья, затрагивает психологические процессы, с которыми связано избрание здорового или нездорового образа жизни, а также психологические и биологические факторы, предрасполагающие людей к физическим недугам.

например артериальная гипертензия, кодированное по III ось, подразумевает наличие психологических факторов, которые либо наверняка, либо предположительно сыграли значительную роль в возникновении или усугублении болезни. Очевидно, что в данном случае окончательное решение о степени влияния психологических факторов принимает врач, потому что не существует строгих оценок их роли в процессе заболевания.

Хафен и его коллеги (Hafen et al., 1996) предприняли попытку выявить связи между психическим и телесным на основании имеющихся в литературе клинических и научных данных о психогенных аспектах ряда патологий. Для удобства они перечислены в табл. 8.1.

В этой главе мы сначала коснемся распространенных и подчас опасных для жизни расстройств питания, прежде всего нервной анорексии и нервной булимии. В *DSM-IV* эти расстройства включены в общую категорию **расстройств питания**. Ввиду актуальности и относительной обособленности этих расстройств сегодня мы рассматриваем их как отдельную группу заболеваний, включая обсуждение предполагаемых причин их возникновения, а также вариантов лечения. Впоследствии мы перейдем к общему рассмотрению роли психологических аспектов в физическом здоровье и нездоровье, в том числе их влияния на иммунную систему. Для иллюстрации на примере конкретных патологических процессов мы подробнее рассмотрим психологию сердечно-сосудистых заболеваний, одно из которых, ишемическая болезнь сердца, остается в Америке главной причиной смертельных исходов, и в более сжатой форме коснемся чрезвычайно распространенной проблемы психогенных головных болей. Затем мы проанализируем основные патогенетические механизмы данных заболеваний и выделим ряд лечебных подходов, практикуемых в этой стремительно развивающейся области.

Таблица 8.1

Соматические заболевания, на этиологию, обострение и течение которых, возможно, влияют психологические факторы

Аллергии	Полости в зубах, гингивит
Артриты	Простуда и другие инфекционные заболевания
Астма	Рак
Бессонница	Расстройства питания
Боли в спине	Сексуальные дисфункции
Гипертония	Синдром раздраженного кишечника
Головные боли	Случайные травмы
Диабетические колебания сахара крови	Хирургические заболевания с медленным заживлением ран
Интоксикация алкоголем и наркотиками	Частое обращение к врачам
Ишемическая болезнь сердца	Язва желудка
Нарушения менструального цикла	
Осложненная беременность	

Источник: из Hafen et al., 1996.

Расстройства питания

В феврале 1983 года поклонники *Carpenters*, музыкальной группы, которая в 1970-х годах господствовала на музыкальном рынке в стиле «поп» и «софт-рок», были шокированы известием о смерти ее солистки и барабанщицы 32-летней Карен Карпентер. Причиной смерти была названа остановка сердца, последовавшая в результате хронического голодания. Карен, чьи хиты *Close to You* и *We've Only Just Begun* все еще можно услышать по радио, стала жертвой расстройства питания, известного как *anorexia nervosa*, нервная анорексия. До самой смерти, на протяжении почти десяти лет она боролась с этой проблемой, большей частью втайне, так как последствия заболевания со всей очевидностью сказывались на ее внешнем виде.

Расстройство питания развилось и у Дианы, принцессы Соединенного Королевства. Оно возникло у нее в возрасте 20 лет, практически сразу после вступления в сложный и неудачный брак с принцем Чарльзом, который в период помолвки критически отзывался о ее весе, а со временем постепенно отдалился от нее. Диана иногда продолжала употреблять чрезмерное количество пищи, сопровождая еду, как правило, искусственной рвотой, по крайней мере до официального развода с супругом. Как многие люди с расстройством питания, принцесса умела сдерживать или игнорировать слухи по поводу ее проблем вплоть до момента, когда она сама решила предать их огласке — за несколько лет до своей гибели в автомобильной катастрофе, последовавшей в 1997 году. Расстройство питания, которым страдала Диана, называется *bulimia nervosa*, нервная булимия (подробнее об этих двух случаях см. Meyer & Osborne, 1996, ch. 10).

При совершенно разных биографиях этих двух женщин объединило нечто большее, чем безвременная и трагическая смерть. Самым очевидным сходством является их знаменитость и соответственно значительное общественное внимание. Каждая из них по-своему предъявляла к себе завышенные требования достичь большего совершенства. Втайне от посторонних обе эти знаменитые женщины большую часть времени чувствовали себя одинокими и нелюбимыми. Значимые для них женщины, в том числе матери, не баловали их нежным и любящим отношением и строго контролировали их. Отцы, как правило, большей частью устранялись от воспитания дочерей. В этом, как мы увидим, содержатся некоторые предпосылки возникновения расстройств питания.

В частности, как видно из случая Карен Карпентер, нервная анорексия нередко бывает упорно персистирующим и опасным для жизни заболеванием. Уровень смертности при этом заболевании, самый высокий для психиатрических расстройств (Sullivan, 1995), может достигать 20%, а смерть обычно наступает либо как физиологическое последствие голодания, либо как результат более целенаправленного суицидного поведения. В этом состоит одно из немногих разительных отличий его от нервной булимии, при которой смерть редко бывает непосредственным результатом самой патологии (Keel & Mitchell, 1997; Mitchell, Pomeroy & Adson, 1997). Появляется все больше данных в пользу того, что у человека с тяжелой анорексией, даже если он выживет, может развиться необратимая атрофия головного мозга (Garner, 1997; Lambe et al., 1997).

Определения и гендерные различия

В *DSM-IV* нервная анорексия и нервная булимия, определяемые как различные синдромы, отнесены к расстройствам питания *взрослого возраста*. В действительности, ни один из этих синдромов, особенно *bulimia nervosa*, не развивается в детском возрасте с частотой, которую можно назвать существенной, и редко возникает по достижении 25-летнего возраста, хотя эта информация не подкрепляется достаточными эпидемиологическими данными. Кроме того, подавляющее большинство больных этим заболеванием — женщины, доля которых составляет 90–95%. Из этого гендерного различия явствует, что по не вполне ясным причинам в природе и генезисе этих расстройств центральное место занимают особенности, связанные с полом.

В связи со сравнительно редкой заболеваемостью достоверных сведений о данной патологии у мужчин немного. Интересно, что та незначительная научная информация, которой мы располагаем в отношении мужчин с аноректическими и булимическими паттернами питания, указывает на то, что многие из них (меньше половины) гомосексуалисты, бисексуалы или асексуалисты (Carlat, Camargo & Herzog, 1997; Licavoli & Orland, 1997). К сожалению, эти данные еще не удостоились внимания в последующих наблюдениях. Поскольку подавляющее большинство исследований, касающихся этих состояний, адресовалось женщинам, мы ограничимся здесь рассмотрением типичных случаев, где описываются девочки подросткового возраста и молодые женщины.

Клиническая картина и диагностические критерии при анорексии

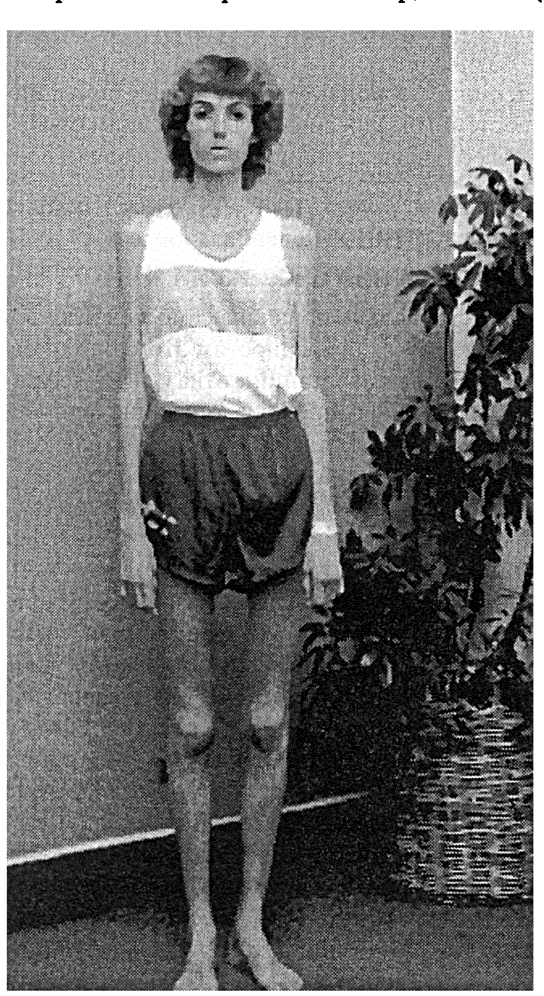
Anorexia nervosa свыше ста лет назад была официально признана самостоятельным заболеванием. По определению *DSM-IV*, к главным особенностям этого синдрома относятся: интенсивный страх перед набором веса в сочетании с отказом поддерживать свое питание на адекватном уровне, что обычно сопровождается явно ошибочной жалобой на «полноту»; снижение веса как минимум, до 85% от показателя нормального соотношения роста и веса (для тех, кто еще находится в стадии роста — 15% отставание от средней прогнозируемой прибавки в весе); нарушение представления о собственном теле (то есть больные искаженно воспринимают свое тело) или чрезмерное влияние последнего на самооценку; и у девушек, уже вступивших в менструальный период, отсутствие как минимум трех менструаций подряд. Всему перечисленному, как правило, сопутствуют следующие признаки: выраженная гиперактивность и паттерн, в котором подчеркнуты либо жесткие ограничения диеты, либо переедание (в сочетании с компульсивными чистками или без них). В диагностике это различие соответственно отражается в выделении *ограничительного* подтипа и подтипа с *перееданием/чисткой*. В последнем подтипе, как будет показано ниже, налицо одна из нескольких связей с нервной булимией. Методы очистки, помимо искусственной рвоты, включают в себя злоупотребление слабительными, диуретиками и клизмами, что в совокупности не слишком препятствует усвоению калорий.

Больные нервной анорексией с преобладанием ограничительного паттерна обычно тяготеют к обсессивному, отмеченному строжайшим самоконтролем стилю обыденной жизни; у них может иметь место обсессивно-компульсивная симптоматика (см. главу 3). Они испытывают затруднения при социальной адаптации

и могут значительно дистанцироваться от своего круга. В отличие от них больные с паттерном переедания/чистки, или булимиеподобным паттерном, как правило, более раскованны и расторможены; многие из них испытывают трудности с контролем своих импульсов в сферах, не связанных с питанием, например при злоупотреблении психоактивными веществами (Gleaves & Eberenz, 1993; Walsh & Garner, 1997). Считается, что паттерн переедания/чистки сочетается с большей продолжительностью расстройства и худшим прогнозом в отношении выздоровления (Herzog, Schellberg & Deter, 1997).

Клиническая картина и диагностические критерии при булимии

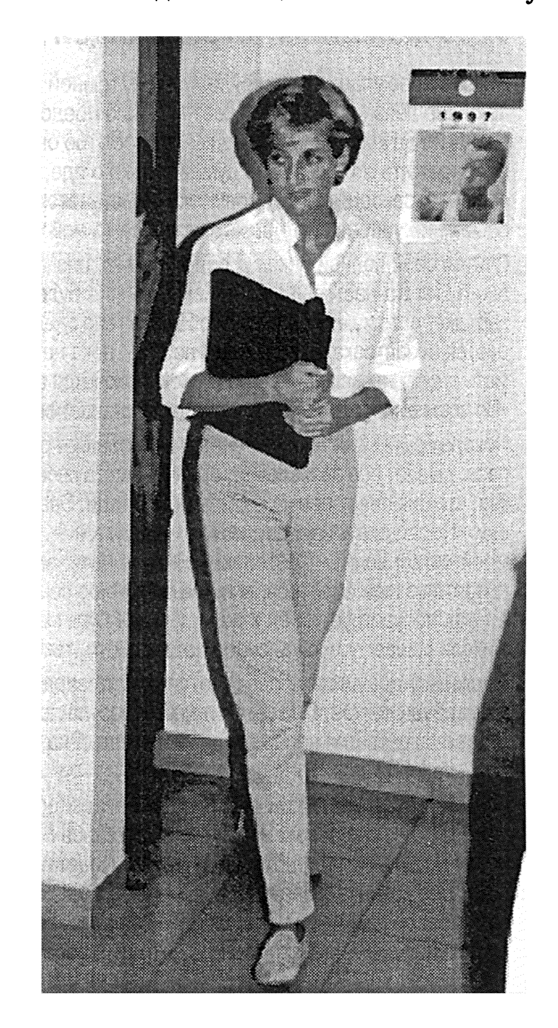
Свой статус психиатрического синдрома *bulimia nervosa* в отличие от *anorexia nervosa* получила относительно недавно; она не упоминается в *DSM-II* 1968 года. Опираясь на исторический обзор, Расселл (Russell, 1997) фактически заключил, что нервная булимия, в ее сегодняшнем определении, представляет собой новое расстройство «практически неизвестное вплоть до второй половины XX века» (р. 20). Очевидное непризнание булимического поведения психопатологическим может быть связано с тем, что его трудно до конца отличить от забот и привычек многих «нормальных» молодых женщин (Stice et al., 1998). В *DSM-IV* критериями диагностики **нервной булимии** считаются: 1) частые эпизоды переедания, сопро-



Внешний вид этой женщины, страдающей анорексией, шокирует нас, однако сама она, несомненно, убеждена в своей «полноте». Этот искаженный взгляд на собственное тело является главным признаком нервной анорексии наряду с отказом поддерживать вес в нормальных границах, соответствующих возрасту и росту. Анорексия часто начинается с ужесточения обычной диеты, но до сих пор нет полной ясности, что отличает нормального человека, соблюдающего диету, от индивида, который превращает ее в опасное занятие.

вождающиеся потерей контроля над чрезмерной едой, и 2) рекуррентное неадекватное поведение, направленное на предотвращение набора веса. К последнему, помимо чисток, относятся такие меры, как постный стол, чрезмерное увлечение физическими упражнениями и прием тиреоидных гормонов для ускорения метаболизма. К дополнительным критериям относятся частота и продолжительность такого поведения, происходящего как минимум два раза в неделю на протяжении трех месяцев, а также, как и при нервной анорексии, чрезмерное влияние образа собственного тела на поведение индивида. Наконец, *bulimia nervosa* можно не диагностировать в случаях, когда ее проявления возникают лишь при условии, что человек удовлетворяет и критериям для *anorexia nervosa*; то есть когда диагноз нервной анорексии по типу переедания/чистки преобладает над диагнозом нервной булимии, прежде всего из-за более высокой смертности при анорексии. В любом случае главная проблема, которую легко не заметить при проведении столь тонких различий, состоит в том, что этим девушкам и молодым женщинам в типичных случаях свойствен сильнейший страх перед существующей или возможной в будущем полнотой.

В *DSM-IV* признаны два подтипа нервной булимии — *с чисткой* и *без чистки*, исходя из того, прибегала или не прибегала больная на протяжении текущего эпизода к очистительным средствам, направленным на предотвращение набора веса (в противоположность, например, физическим упражнениям). Это различие не столь тривиально, как может показаться, так как психика лиц,



Не приходится сомневаться, что формированию представления о таком расстройстве питания, как нервная булимия, способствовало мужество принцессы Дианы, проявленное ею в рассказе о своем успешном излечении от этого недуга и чувствах, которые усугубляли расстройство.

прибегающих к чисткам, нередко нарушена глубже, и они чаще страдают физическими недугами, связанными с этими процедурами, например нарушением электролитного баланса, дефицитом минеральных веществ и эрозией зубной эмали из-за частой регургитации желудочного сока, в котором содержатся окисляющие ингредиенты. Если при типичной нервной анорексии пациентка активно отрицает серьезность своего расстройства и может не замечать того беспокойства, которое возникает у окружающих под впечатлением ее истощенного состояния, то больная, страдающая нервной булимией, настроена как угодно, но только не самодовольно. Охваченная чувством стыда, вины, самоуничижения, пытаясь сохранить свои желания и действия в секрете, она ежедневно вступает в болезненную и зачастую безуспешную борьбу с импульсами, подталкивающими ее к перееданию. Типичным примером служит больная, описанная в справке 8.1.

СПРАВКА 8.1

Утро женщины, страдающей булимией

Николь просыпается в своей холодной, темной комнате и сразу мечтает о вечере, когда можно снова лечь спать. Ее ужасает мысль о предстоящем дне, который окажется таким же, как и многие другие последние дни. Каждое утро она задается одним и тем же вопросом: «Смогу ли я прожить этот день, не думая только о еде, или опять буду есть до вечера?» Она говорит себе, что сегодня начнет новую жизнь, станет жить, как нормальный человек. Однако Николь совсем не уверена, что выбор остается за ней.

Считая себя полной и желая сбросить вес, она решает прибегнуть к новой диете: «На этот раз все будет по-настоящему! Я знаю, что мне будет лучше, когда я похудею. Я хочу вернуться к зарядке, потому что мечтаю, чтобы мое тело сделалось более привлекательным». Николь собирается позавтракать, но решает не есть, пока не выдержит полчаса. При этом старается не думать о еде, так как на самом деле ей не хочется есть. Предстоящий день вселяет в нее тревогу. «Во всем виновато это напряжение», – решает она. Именно оно заставляет ее есть, есть и есть.

Николь принимает душ, одевается и составляет расписание на день – лекции, занятия, еда. Она расписывает все до мелочей, отмечая места своего пребывания по минутам и подробно описывая, что она съест при каждом приеме пищи. Она не хочет оставлять себе время на чрезмерную еду. «Пора делать зарядку, но мне не хочется – лень. Почему я всегда ленюсь? Что случилось с моей силой воли?» Постепенно Николь начинает ощущать позыв к чревоугодию. Она нехотя пытается с ним бороться, вспоминая данное себе обещание измениться. Кроме того, она знает, как почувствует себя к вечеру, если будет весь день предаваться перееданию. Наконец, Николь решает уступить своей потребности, так как теперь ей уже пора позавтракать.

Поскольку девушка не собирается делать зарядку, так как хочет поесть, она решает съесть что-нибудь легкое. Она готовит себе яйцо-пашот с тостом и наливает чашку кофе, от которых ничего не остается через тридцать секунд. Она знает, что за этим последует несколько часов безумия!

Обыскав буфет, она понимает, что ей нечем поживиться. На улице холодно, идет снег и ей уже скоро нужно быть в институте. Одевшись потеплее, она выбегает из дома. Первую остановку Николь делает в булочной, где покупает пакет сладостей – печенье и пончики. Поев на ходу, она останавливается и покупает несколько рогаликов. Затем бежит в бакалейную лавку за булочкой и молоком. В последнюю секунду Николь прихватывает несколько конфет. К концу покупок оказывается, что она потратила больше пятнадцати долларов.

Помимо нервной анорексии и нервной булимии, в *DSM-IV* выделен диагноз *неуточненного расстройства питания* (НРП), который охватывает приблизительно одну треть от всех расстройств питания у больных, обращающихся за помощью, и потому представляет собой весьма неоднородную категорию. Большинство состояний, описываемых под этой рубрикой, представляют собой подпороговые разновидности явлений, обычных либо для анорексии, либо для булимии (а также для этих двух патологий), например, когда женщина удовлетворяет всем критериям нервной анорексии, за исключением нарушения менструального цикла. Исключением является нередкое **расстройство переедания (РП)**, которое может считаться самостоятельным заболеванием, отличным от нервной булимии, не сопровождающейся чистками. В данном случае индивид переедает достаточно, чтобы походить на больных нервной булимией, однако не прибегает к тому или иному регулярно-

Ей с трудом верится, что она сможет все это съесть; но если это и так, то пусть все, что она хочет – это есть, думать о еде и ждать, когда с ней будет покончено. Николь морщится при мысли о фунтах, в которые преобразуются купленные продукты, но знает, что позже сбросит все, что набрала. Беспокоиться не о чем.

Дома Николь готовит себе несколько тарелок каши с молоком, которую жадно съедает вместе с рогаликами, намазанными маслом, плавленым сыром и желе (не говоря о конфетах с печеньем, над которыми она продолжает трудиться). Она запивает съеденное огромными кружками кофе с молоком, что помогает ей еще больше ускорить процесс принятия пищи. На все уходит не более сорока пяти минут, и Николь чувствует себя, как после пробежки со скоростью девяносто миль в час.

Девушку страшит скорое насыщение, время, когда она перестанет есть. Ее будет рвать; она чувствует, что должна вызвать рвоту, но эта перспектива внушает ей отвращение. Теперь она вынуждена признать, что объелась. Ей хочется, чтобы все случившееся оказалось сном, но она слишком хорошо знает, что все это правда. Мысль о том, что она переварит все съеденные калории, всю эту гадость, вселяет в нее чувство ужаса.

В ванной Николь зачесывает волосы назад и скрепляет их на затылке, включает душ (чтобы не услышали соседи), выпивает большой стакан воды и старается вызвать рвоту. Ее тошнит, ей стыдно, она не верит, что все это происходит на самом деле. И в то же время чувствует, что угодила в капкан, она не знает, как вырваться из этого круга. Когда в желудке становится пусто, девушка встает на весы, чтобы убедиться, что не прибавила в весе.

Николь знает, что нуждается в помощи, но хочет, чтобы кто-то другой решил эту проблему. Когда она падает на постель, чтобы прийти в себя, у нее кружится голова. Николь клянется, что этого больше не повторится. «С завтрашнего дня все пойдет по-другому. Я буду голодать целую неделю, и мне станет лучше». К несчастью, глубоко в душе она не верит своим клятвам и знает, что это еще не конец. С неохотой, уже опоздав, она отправляется в институт, не испытывая никакого желания заниматься предстоящей работой и обязанностями. Ей начинает казаться, что можно поесть еще, чтобы не ходить в институт. Она спрашивает себя, сколько часов пройдет до очередного приступа желания чрезмерного насыщения, и сожалеет, что вообще встала с постели этим утром.

Источник: Boskind-White & White (1983) pp. 29–32.

му и неадекватному поведению, направленному на ограничение прибавки в весе (даже к физзарядке). Неудивительно, что многие такие больные имеют избыточный вес, но это не является фактором, отличающим их от больных с паттерном нервной булимии без чисток (Walsh & Garner, 1997). Сама по себе тучность, между прочим, не обязательно говорит о расстройстве питания, хотя у некоторых людей со значительным избытком веса имеются разнообразные психологические нарушения, которые рассмотрены в главе 10.

Дифференциальная диагностика

Диагностика расстройства питания достаточно трудна, и этим, наверное, можно объяснить большое число больных, подпадающих под категорию НРП. Разграничение между нормальным и расстроенным питанием, особенно в то время, когда очень многие молодые женщины считают себя полными и потому придерживаются той или иной диеты, бывает в лучшем случае туманным и расплывчатым. Кроме того, несоответствие диагностическим критериям нервной анорексии или нервной булимии еще не означает, что у индивида нет никакого расстройства. Все сказанное выше свидетельствует, что различие между нервной анорексией и нервной булимией во многих случаях не совсем очевидно. У многих людей с нарушением питания, в настоящее время удовлетворяющим критериям нервной булимии, ранее диагностировалась нервная анорексия, и, реже, наоборот (Garner & Garfinkel, 1997).

Диагноз расстройства питания обычно сочетается с некоторыми поддающимися диагностике состояниями, что означает коморбидность с другими официально признанными расстройствами. Больные нервной анорексией могут удовлетворять критериям клинической депрессии (Kaye, Weltzin & Hsu, 1993), а лица с ее разновидностью — критериям обсессивно-компульсивного расстройства (Halmi et al., 1991). Уже упоминалось частое сочетание расстройств, связанных со злоупотреблением химическими веществами, и нервной анорексии с перееданием/чистками, а также нервной булимии. Кроме того, при нервной анорексии, особенно ограничительного типа, часто диагностируются личностные расстройства (II ось), которые сопровождаются тревогой и страхами (кластер *C*; см. главу 9) (Skodol et al., 1993). Коморбидность была обнаружена и в отношении нервной булимии, которая нередко сочетается с депрессией. Кроме того, у некоторых больных с булимией, отличающейся более импульсивными тенденциями, наблюдаются признаки тревожных расстройств генерализованного типа либо протекающих по типу социальной фобии. Из коморбидных личностных расстройств II оси чаще всего диагностируются пограничные расстройства и другие нарушения, относящиеся к кластеру *B* (демонстративного, эмоционального и эксцентричного характера) (American Psychiatric Association, 1994). Менее известно о коморбидности при расстройстве переедания. Некоторые данные (Wison, 1993) свидетельствуют о том, что алкоголизм в этой группе встречается реже, чем у больных нервной анорексией с перееданием/чистками и нервной булимией. Аналогичные данные получены о коморбидности с другими психиатрическими расстройствами (Telch & Stice, 1998).

В табл. 8.2 суммированы диагностические критерии, позволяющие провести дифференцированный диагноз между подтипами анорексии и булимии и расстройством переедания.

Таблица 8.2

Дифференциально-диагностические критерии нервной анорексии, нервной булимии и расстройства переедания

Критерий	Анорексия ограничительного типа	Анорексия с перееданием/ чисткой	Булимия с чисткой	Булимия без чистки	Расстройство переедания
Поддержание крайне низкого веса	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Страх перед набором веса, полнотой	Да	Да	Да	Да	Нет
Отрицание опасно низкого веса	?	?	Нет	Нет	Нет
Искаженный образ тела	?	?	Нет	Нет	Нет
Аменорея	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Частое переедание	Нет	?	Да	Да	Да
Частые чистки	Нет	?	Да	Нет	Нет
Частое использование не связанных с чисткой методов, позволяющих избежать набора веса	Да	Нет	Да	Да	Нет
Ощущение потери контроля над приемом пищи	Нет	Нет	Да	Да	Да
Чрезмерное влияние фигуры/веса на самооценку	?	?	Да	Да	Нет

Примечание: исходя из набора критериев, представленных в *DSM-IV*, знак «?» означает признак, который может либо присутствовать, либо нет.

Распространенность расстройств питания

За последние четыре десятилетия распространенность расстройств питания, особенно нервной булимии, возросла. Более того, это реально существующая тенденция, которая не связана с особой настороженностью клиницистов и, следовательно, с гипердиагностикой, как это наблюдается в отношении диссоциативного расстройства идентичности (глава 7). Причины подобного роста не до конца ясны, но одним из решающих факторов считается изменение нормативов «нормальной» женской фигуры. Женские «формы», которые некогда вызывали единодушное восхищение и у мужчин, и у женщин, сегодня, особенно женщинами, считаются непривлекательными и нежелательными. К этой внешней мотивации прибавляется тот факт, что в нашем постмодернистском обществе девочкам-подросткам и молодым женщинам не так-то просто приобрести и сохранить ощущение внутренней стабильности и достоинства, проблема, на которой мы подробнее остановимся ниже.

В Соединенных Штатах распространенность синдромов нервной анорексии среди подростков и молодых женщин составляет 0,5–1,0%, а для нервной булимии 1,0–3,0% (American Psychiatric Association, 1994). Однако, как мы видели, такой полный комплекс диагностических критериев наблюдается только у двух третей лиц, обращающихся за помощью в связи с расстройствами питания. Поэтому можно

допустить, что распространенность всех диагностируемых пищевых расстройств среди американок постпубертатного возраста составляет как минимум 4,0%, то есть по крайней мере у 4 из 100 таких женщин можно ожидать нарушения питания достаточной степени тяжести и необходимость врачебного вмешательства.

Средние показатели о распространенности патологии питания, бесспорно, скрывают значительные вариации, существующие между различными демографическими группами. Данные расстройства исторически наблюдались главным образом среди белого населения, принадлежавшего к среднему и высшему социоэкономическим классам. Многочисленные наблюдения свидетельствуют, что теперь такие нарушения питания начинают преобладать среди менее привилегированных слоев нашего общества. Аналогичная ситуация наблюдается не только в США. Недавно Ле Гранж, Телч и Тиббс (Le Grange, Telch & Tibbs, 1998) сообщили о широком распространении расстройств питания как среди белых, так и среди цветных учащихся южноафриканских колледжей. Более 10% студенток-американок признают у себя наличие отдельных симптомов того или иного расстройства питания, которое может быть достаточно тяжелым, чтобы удовлетворять диагностическим критериям (G. Leon, личное сообщение от 12 ноября 1997; Heatherton et al., 1995). В соответствии с недавно опубликованными результатами десятилетнего наблюдения за лицами, на момент первичной оценки учившихся в колледже для некоторых из этих американок это состояние окажется временным (Heatherton et al., 1997). Установлено, что у женщин, участвовавших в этом исследовании, расстройства питания в значительной степени исчезали, и они испытывали все большее удовлетворение от своей фигуры, невзирая на то что по-прежнему заботились о снижении веса. В отличие от них многие мужчины, принявшие участие в исследовании, сообщили о возросшей обеспокоенности своими привычками в питании.

Общие факторы риска и причинные факторы при расстройствах питания

Рассмотрение причин расстройства питания целесообразно начать с разграничения между общими факторами уязвимости, особенности которых могут быть связаны со многими патологическими последствиями, и теми влияниями, которые кажутся относительно специфическими для его развития. В этом разделе мы сначала рассмотрим те факторы, способствующие, как представляется, распространенности расстройств питания среди молодых женщин. Существует целый ряд факторов риска, повышающих вероятность возникновения нарушения питания в той или иной форме, но не специфических ни для самих этих нарушений, ни для заболеваний, в которых они могут проявляться, например нервной анорексии, нервной булимии или РП. В дальнейшем мы обсудим и обобщим все известные данные о нервной анорексии и нервной булимии с точки зрения роли специфических элементов в их развитии, которые могут способствовать формированию патологии. Однако в настоящее время мы располагаем лишь немногими надежными данными о причинах возникновения РП. Необходимо понять, что расстройства питания, подобно большинству других патологических процессов, определяются многими факторами, а потому маловероятно, что удастся обнаружить какие-либо единичные причины их появления.

Несоответствие образа тела идеальному Я

Не вызывает сомнений существование общего социокультурного фактора, который состоит в идеализации крайне низкого веса у женщин, принадлежащих к передовым западным культурам и действует повсеместно благодаря распространению культурных влияний. Почти все случаи расстройств питания начинаются с соблюдения «обычной» диеты, что чрезвычайно распространено среди молодых женщин нашего общества. Данные ряда исследований сходятся в том (например, Fallon & Rozin, 1985; Rodin, 1993; Wiseman et al., 1992; Zellner, Harner & Adler, 1989), что одним из важных последствий подобного стремления к похуданию является развитие у девушек и молодых женщин глубоко внедренного в сознание и первазивного восприятия степени своей «полноты». Это проявляется главным образом через расхождения между сформировавшимся у девушек и молодых женщин образом собственного тела и «идеальной» женской фигурой, изображенной в современных средствах массовой информации. Такая тенденциозность восприятия приводит девушек и женщин к убеждению, что мужчины предпочитают более стройные формы, чем это наблюдается в действительности. Полученные данные проиллюстрированы на рис. 8.1.

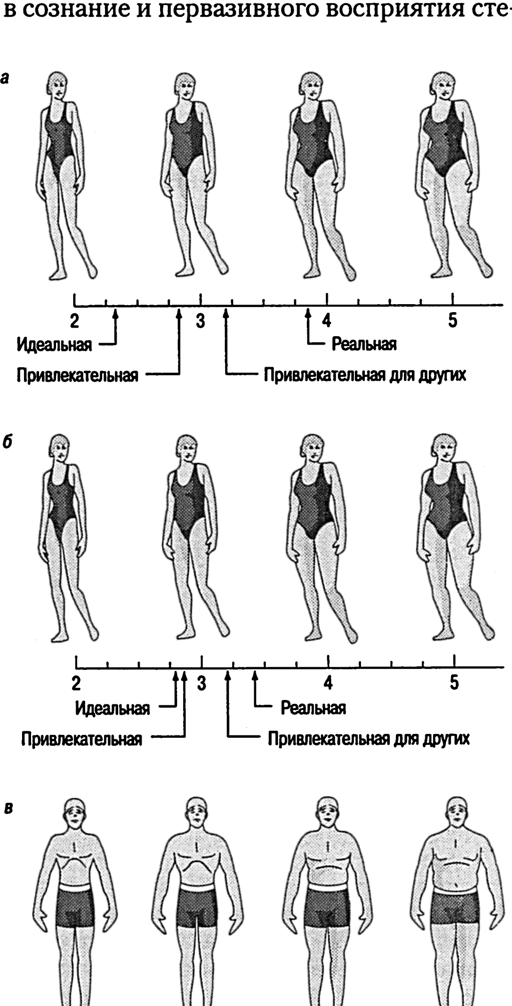


Рис. 8.1. Расстройство питания и пол как детерминанты желательной полноты
На рисунке показан средний рейтинг для женщин с анормальными паттернами питания (*а*), женщин с нормальными паттернами питания (*б*) и демографически сопоставимой группы мужчин (*в*). Все субъекты оценивали свою «реальную фигуру», «идеальную фигуру» и фигуру, предположительно наиболее привлекательную для представителей противоположного пола (обозначенную как «привлекательная»). Включены фактические средние показатели «наибольшей привлекательности», представленные субъектами противоположного пола и обозначенные как «привлекательная для других». Источник: Zellner, Harner, & Adler (1989).

Результаты большинства исследований указывают на то, что рассмотренный феномен сугубо женский и, видимо, выступает серьезной причиной снижения самоуважения, которое неизменно переживают девочки среднего подросткового возраста. Юноши остаются незатронутыми такими качествами, как изящность (возможно, потому, что они не являются субъектами имиджмейкерства). Большинство больных с расстройством переедания в отличие от тех, кто страдает нервной анорексией и нервной булимией, не склонны к переоценке стройности, хотя и уродуют свою фигуру (Marcus, 1997).

Столь широкие расхождения во взглядах на идеал фигуры не вызывали бы столько тревог, если бы большинство молодых женщин, мечтающих об идеальной фигуре, имели возможность достичь цели одним лишь потреблением калорий в пределах нормы или поддержанием здорового веса. В действительности, как было показано Гарнером (Garner, 1997), средний вес тела у молодых американок *повышался* на протяжении как минимум последних четырех десятилетий, что может быть следствием общего прогресса в педиатрии и других факторов, таких, например, как изобилие высококалорийных продуктов питания. По мере увеличения среднего веса женщин с 1959 по 1988 год вес идеала женской привлекательности, представавшего на разворотах «Плэйбоя» и в конкурсах на звание «Мисс Америка», *снижался* приблизительно с той же скоростью. Эти тенденции отражены на рис. 8.2.

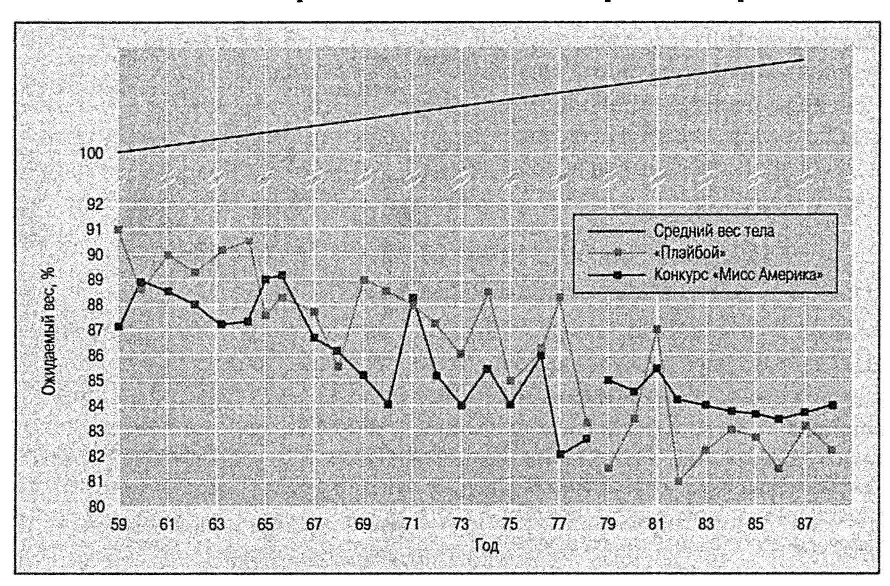


Рис. 8.2. Пропорциональное изменение фактического веса у женщин в сравнении с тенденцией, наблюдаемой у фотомоделей журнала «Плэйбой» и участниц конкурса «Мисс Америка»

Изменение процентного соотношения ожидаемого веса у фотомоделей журнала «Плэйбой» и участниц конкурса «Мисс Америка». 1959–1978 годы (данные, предоставленные Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980) и 1979–1988 годы (данные, предоставленные Wiseman, Gray, Masimann & Ahrens, 1992). Прямая линия, проходящая над ломаными, отражает пропорциональные изменения среднего веса у женщин старше 20 лет, исходя из норм Общества актуариев в 1959 и 1979 годах. Эта тенденция, согласно последним популяционным исследованиям, сохранилась. По Garner, 1997, p. 148.

Тем не менее стоит отметить, что сегодняшние героини «Плэйбоя» и конкурса «Мисс Америка» выглядят физически крепкими по сравнению с современными манекенщицами, многие из которых кажутся страдающими от недоедания. То, что идеал недостижим, видно и по фигурам кукол Барби, с которыми играет большинство американских девочек. Подсчитано, что для достижения таких пропорций среднестатистическая женщина должна иметь рост 7 футов и 2 дюйма, похудеть на 10 дюймов в талии и набрать 12 дюймов в объеме груди (Moser, 1989).

Биологические воззрения

Как и при многих других расстройствах, тенденция к формированию нарушения питания прослеживается у членов одной семьи и может, таким образом, указывать на некоторую наследуемость (Strober, 1995; Walters et al., 1992). Кроме того, Гарнер (Garner, 1997) обращает внимание на следствия из теории заданности, которая затрагивает хорошо устоявшуюся тенденцию человеческого организма «сопротивляться» выраженному отклонению от некой биологически предопределенной («заданной») индивидуальной нормы, по крайней мере, на протяжении ограниченных периодов времени. Поэтому любое намерение индивида добиться значительного снижения массы тела и поддерживать ее на уровне ниже индивидуально заданного значения может натолкнуться на действие врожденных, общих для всех компенсаторных механизмов поддержания гомеостаза. Гарнер (Garner, 1997) подает эту идею следующим образом: «Вес тела противится изменению. Оказывается, что он подвластен физиологической регуляции и держится на "заданном уровне", или придерживается отметки, которую организм старается сохранить. Значительное отклонение от этого веса приводит к огромному количеству физиологических компенсаторных реакций, направленных на возвращение веса к исходному уровню» (р. 149).

Скорее всего, одним из наиболее важных последствий таких «физиологических компенсаторных реакций» при желании снизить свой вес будет усиление чувство голода, которое в тяжелых случаях может доходить до крайней, настоятельной потребности в еде. Это чувство заставляет человека прибегать к патологической бдительности в случае анорексии и превращается в значимую, если не главную, причину «неконтролируемого» переедания при булимии. Постоянное соблюдение диеты повышает вероятность появления периодов с потребностью поглощать большие количества высококалорийной пищи.

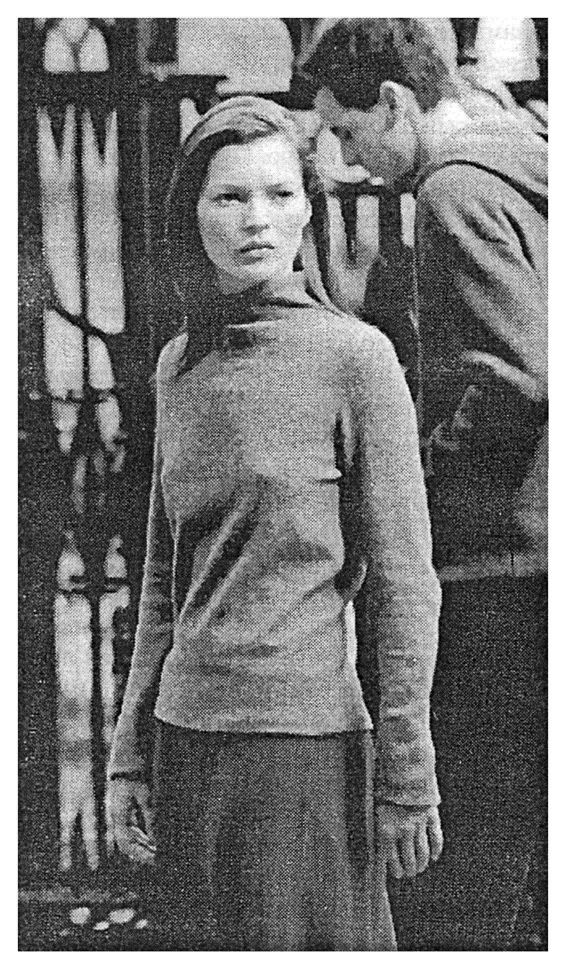
Психопатологическая уязвимость

Как отмечалось в предыдущих главах, некоторые люди особенно подвержены развитию пораженческих реакций на неизбежные проблемы, которые ставит перед ними жизнь. Нет сомнений в том, что причины этой ранимости отчасти имеют врожденный характер, но также являются и результатом воздействия стрессоров, методов, к которым человек прибегает, чтобы противостоять последним, а также успешности этих методов для восстановления поступательного развития.

Широкий круг заболеваний, с которыми сочетаются нарушения питания, позволяет предположить, что люди, страдающие этими заболеваниями, бывают плохо приспособлены для многоплановой борьбы с жизненными проблемами. Этот паттерн генерализованной уязвимости психологи часто связывают с высокой «невротичностью», которой отличается, как упоминалось в главе 5, структура личности

подобных индивидов. Эти люди бывают тревожными, агрессивными, враждебными, депрессивными, застенчивыми, импульсивными и высокоуязвимыми для стрессоров (Costa & Widiger, 1994). Исследование, проведенное в течение длительного времени с участием подростков, входящих в группу высокого риска развития расстройств питания, подтвердило, что общий «негативный аффект» предвещает высокий риск возникновения этих расстройств, однако с его последствиями связаны и другие формы психопатологии (Leon et al., 1997).

Еще одним фактором риска для широкого круга разноплановых психических расстройств, включая нервную булимию, является сексуальная травма детского возраста (Fairburn et al., 1997; Fallon & Wonderlich, 1997). Речь идет о том, что подобная травма (если она действительно была) оказывается тесно связанной с генерализованной подверженностью психологическим расстройствам. Однако (как уже упоминалось в главе 7) нельзя быть уверенным, что подобная травма сама по себе лишь способствует *появлению* психологических расстройств, прежде всего потому, что наносится, главным образом, в ситуации большого семейного разлада, который может самостоятельно выступить в роли более значимого фактора, ведущего к повышению уязвимости. Эта гипотетическая связь между сексуальной травмой детского периода, разладом в семье и нервной булимией была подтверждена в хорошо организованном коммунитарном исследовании с участием молодых англичанок (Fairburn et al., 1997). Полученные данные указывали на то, что женщины с булимией по сравнению с другими психиатрическими больными, чаще происходили из семей, в которых были алкоголики и отличались меньшим контактом с родите-



По мере того как идеальная женщина становится все стройнее и изящнее, у молодой девушки возрастает ощущение несоответствия своего веса тому идеалу, который возникает в ее фантазиях, что влечет за собой как потерю уважения к себе, так и желание добиться совершенно невозможного веса единственно доступным способом — компульсивным соблюдением диеты.

лями. С другой стороны, сообщения о сексуальной (или физической) травме детского периода в большинстве случаев не позволяли выделить лиц с булимией из основной массы психиатрических больных, хотя в анамнезе представительниц обеих групп жестокое обращение в детские годы звучало гораздо чаще, чем в анамнезе здоровых женщин из контрольной группы.

Дисфункциональные когнитивные стили

Люди с нарушениями питания, подобно страдающим депрессией (которая часто сочетается с этими расстройствами), характеризуются искаженным мышлением и искаженной обработкой информации, поступающей из внешней среды. Как правило, они предаются дихотомическому мышлению по типу «все или ничего» и не способны оценивать тонкие оттенки, в которых прежде всего и проявляются жизненные переживания. Поэтому объекты внимания оказываются либо хорошими, либо плохими, красивыми или уродливыми, грешными или возвышенными, мужественными или податливыми, толстыми или тонкими, без каких-либо промежуточных ступеней. В мышлении такого типа отражается неадекватная репрезентация реальности со стороны человека, страдающего расстройством питания, и потому оно ведет к поведению, которое не соответствует истинным требованиям ситуаций, в которых оказывается индивид (см., например, Butow, Beumont & Touyz, 1993; Garner, Vitousek & Pike, 1997). Например, при оценке себя в зеркале (нередко с большой частотой) женщина, близкая к анорексии, считает малейшее отклонение от представляемого идеала глубоко отвратительным и говорящим о величайшей слабости воли и характера в целом.

Специфические факторы риска и причины нервной анорексии и нервной булимии

Помимо единства описанных выше общих факторов риска, подростки и молодые женщины с анорексией и булимией отличаются многими личностными чертами и биографическими фактами, которые оказываются специфичными для данного рода расстройств. Возможны и более тонкие отличия, побуждающие этих людей при встрече с отдельными проблемами к вступлению на путь анорексии или булимии. Существующие методы проведения исследований еще слишком несовершенны, чтобы надежно установить эти факторы. Кроме того, при стремлении выявить причины анорексии и булимии необходимо различать особенности больных с расстройством питания и их семей, которые могут быть, скорее, *результатом* этого расстройства, чем причиной его появления. Гарнер с коллегами (Garner et al., 1997), указывают на ряд «симптомов голодания», таких как раздражительность и гнев, которые можно ошибочно принять за критерий преморбидной личности пациентки, а не за результат голодного самоистязания.

Особенности личности

Девушки и молодые женщины, у которых начинает развиваться нервная анорексия, нередко отличаются следующими особенностями (Strober, 1997).

- Они склонны к значительной эмоциональной сдержанности и когнитивной заторможенности.

- Предпочитают заурядную, упорядоченную и предсказуемую обстановку, плохо адаптируются к переменам.
- Относятся к окружающим с повышенным почтением и послушанием.
- Избегают риска и реагируют выраженным дистрессом (возбуждением или сильными эмоциями) на стрессовые события.
- Фокусируются исключительно на процессе совершенствования.

«Женщина, страдающая анорексией, старается избегать всего нового, волнующего и неизвестного; мучительно сомневается в себе и предается размышлениям; остерегается близких отношений с окружающими, особенно с теми, кто не принадлежит к ее непосредственному семейному окружению; упорно добивается своего даже при отсутствии осязаемого вознаграждения» (Strober, 1997, p. 233).

Эти качества полностью не соответствуют тем, что ожидают от девушки с наступлением половой зрелости или при встрече с другими естественными изменениями, например при переходе к студенческой жизни, когда способность адаптироваться к новым условиям влечет за собой большие преимущества.

В соответствии со сравнительно недавним выделением булимии в отдельную патологию личностные предпосылки ее возникновения сформулированы не так хорошо, как для анорексии, и отличаются большей гетерогенностью. Однако преморбидные особенности многих булимических больных представляются сходными с вышеперечисленными (например, Gleaves & Eberenz, 1993). Изучение лиц с булимией показало наличие у них эмоциональной неустойчивости и импульсивности (Vitousek & Manke, 1994).

Почти все исследователи сходятся в том, что у многих больных нервной булимией, как и у лиц с нервной анорексией, существует паттерн чрезмерного перфекционизма (Garner & Garfinkel, 1997), который проявляется в широко распространенной негативной самооценке (см., например, Fairburn et al., 1997), особенно если женщина считает себя тучной (Joiner et al., 1997a). Еще одной особенностью людей, предрасположенных к анорексии и булимии, может быть страх перед взрослением (Garner, Vitousek & Pike, 1997; Joiner et al., 1997b).

Семейные паттерны

Клиницисты, занимающиеся проблемой лечения нервной анорексии, в течение длительного времени сталкивались с проблемами, которые неизменно присутствуют в семьях молодых женщин, страдающих от этого заболевания, и предлагали семейно-терапевтический подход ее лечения. В действительности основой семейной терапии в ее сегодняшнем виде (см. главу 17) является возможность наиболее раннего начала лечения больных анорексией и их семей (Dare & Eisler, 1997). Эта связь с семейными проблемами подтверждается высказываниями самих пациенток с нервной анорексией. Обычно они описывают своих матерей чрезмерно доминантными, назойливыми, властными и заметно амбивалентными в проявлении чувств. Их отцы, напротив, эмоционально обеднены. Однако попытки описать семейные особенности, связанные с расстройствами питания, могут находиться под влиянием, которое само нарушение питания оказывает на семейные взаимоотношения. Таким образом, причина возникновения данной патологии, если она существует, может иметь другое происхождение.

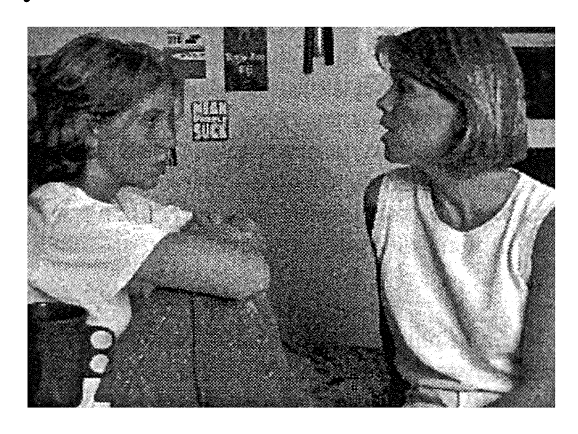
Описание семей пациенток с анорексией, полученное по данным научной и клинической литературы, в целом совпадает с картиной, которую рисуют сами девушки и молодые женщины. Для таких семей описаны следующие особенности:

- сниженная толерантность к дисгармоничному аффекту или психологическому напряжению;
- акцент на следовании правилам и общепринятым нормам;
- усиленный контроль родителей за ребенком или тонкое подавление его независимых устремлений;
- плохие навыки разрешения конфликтов (по Strober, 1997, p. 234).

Кроме того, во многих таких семьях существует постоянная озабоченность диетой, стройностью фигуры и хорошей физической формой (Garner & Garfinkel, 1997).

Таким образом, мы можем представить себе типичное направление развития, при котором послушание и желание добиться совершенства у девушки, близкой к анорексии, являются адаптацией к жестким правилам и контролю со стороны семьи, нетерпимой к отклонениям и дисгармонии. В подобной ситуации, на фоне отсутствия родительской поддержки, дочери не имеют достаточных внутренних сил, внешней поддержки и средств, позволяющих выразить обычное стремление к приобретению индивидуальности и самостоятельности, которое усиливается с наступлением отрочества. В этой ситуации дочь «восстает», прибегая к одному из немногих способов, доступных в ее семье: она становится совершенством, включающим в себя стройную фигуру, благопристойное поведение и непотакание своим потребностям, даже самому естественному — чувству голода. По сути, она «бьет противника его же оружием», выступая против гнета, господствующего в ее жизни. Эту «независимую» позицию она отстаивает с упорным ожесточением и непреклонностью, которые обычно производят впечатление даже на опытных клиницистов.

Основные положения этой гипотезы развития нервной анорексии были выдвинуты несколько лет назад Хильдой Брук (Bruch, 1986, посмертная публикация), которая вплоть до своей смерти в 1984 году оставалась общепризнанным ведущим в мире специалистом по психотерапии аноректических расстройств. Брук находила в людях, страдающих анорексией, специфические, отличающиеся выраженной независимостью попытки замаскировать свою неразвитую и аморфную индивидуальность, представив ее иной, и даже уникальной.



Исследования показали, что в семьях девушек, страдающих анорексией, царит атмосфера нетерпимости к несогласию, а старания дочери стать самостоятельной подавляются; в таких случаях, вероятно, используются чрезмерная критика или многочисленные советы. В результате дочери могут склониться к удовлетворению родительских перфекционистских требований и распространить свою личную волю на единственную подвластную им сферу – свое собственное тело.

Данные о семейных паттернах поведения при булимии свидетельствуют о наличии некоторого сходства с нервной анорексией. В исследовании Фейрберна и коллег (Fairburn et al., 1997) с участием англичанок, страдающих булимией, было обнаружено, что они имели статистически значимые отличия от контрольной группы с общими психиатрическими заболеваниями и от здоровых женщин. Отличия были обнаружены по таким параметрам риска, как высокие родительские ожидания, соблюдение диеты другими членами семьи и принятый среди родственников объем критики в отношении фигуры, веса или питания.

Хамфри (Humphrey, 1989) проанализировал сходства и различия семейных паттернов у молодых женщин с анорексией и булимией и фактические интеракции в их семьях с помощью структурного анализа социального поведения (САСП; Benjamin, 1974, 1996). САСП — высоко систематизированная техника для оценки характера межличностных отношений. Было обнаружено, что родители молодых женщин, страдавших анорексией, общались с дочерями в ненормально усложненной манере, передавая им двойственные указания, в которых одновременно содержались как родительская любовь, так и неуважение к попыткам самовыражения. Родители, например, могли подарить своей дочери на день рождения подарок, который оказывался дороже, чем тот, который она специально заказывала, и этим попирали ее желания и интересы. Дочери, страдавшие анорексией, в свою очередь выказывали паттерны поведения, которые колебались между самовыражением и подчинением требованиям, выдвигавшимся родителями. Нарушенные семейные отношения с подобного рода попранием самостоятельности дочерей наблюдались и в семьях молодых женщин, которые страдали булимией.

Наличие строгого контроля при взаимоотношениях родителей с дочерьми, страдающих булимией, вопреки их искренним намерениям быть внимательными и щедрыми, недавно было подтверждено в новом исследовании Ратти, Хамфри и Лайонза (Ratti, Humphrey & Lyons, 1996). Оказывается, что такие паттерны родительского поведения побуждают дочерей нападать на самих себя, подобные действия проявляются в дискредитации собственного воображаемого образа (см., например, Benjamin, 1996), что было обнаружено Вандерлих, Кляйн и Кансил (Wonderlich, Klein & Council, 1996) в выборке женщин, страдающих булимией. Те же паттерны могут предрасполагать дочерей к «интернализации» дисфункциональных ценностей худобы (Mason & Cheney, 1996). Таким образом, имеющаяся информация позволяет заключить, что людям с анорексией и булимией присуща общая проблема, заключающаяся в глубоком, но амбивалентном участии в борьбе с родителями за независимость и индивидуальность. В нашем обществе такие проблемы значительно препятствуют развитию подростка и потому не ограничиваются исключительно вопросами нарушения питания. Данные говорят о том, что в семьях, где проживают женщины с такими заболеваниями, может отсутствовать поддержка самостоятельности, которая позволила бы им успешно преодолеть проблемы становления полноценной, лишенной амбивалентности, независимой личности.

Лечение расстройств питания

Терапия нарушения питания многогранна и осложняется тем, что в случае анорексии неудачное лечение может завершиться смертью пациентки. К счастью, мы располагаем широким выбором действий, включая госпитализацию в критических

ситуациях. Лечебные мероприятия могут быть направлены: 1) на стабилизацию состояния больной и 2) на максимальное увеличение шансов на полное и прочное выздоровление. Госпитализация позволяет контролировать окружение пациентки, прием пищи (при необходимости кормление осуществляется через зонд) в той степени, которая невозможна в других условиях. Однако конечный успех зависит от желания больной измениться, что наблюдается не всегда. Перед Карен Карпентер, с трагического примера которой мы начали эту главу, открывались многие возможности, включая госпитализацию, способные направить ее по иному, спасительному пути. К сожалению, она оказалась высоко зависимой от семейной поддержки и потому не смогла отыскать в себе мотивации к приему пищи (Meyer & Osborne, 1996).

Лечение нервной анорексии

Лечение психологических аспектов анорексии нередко приходится отложить, пока у пациентки вес не восстановится до уровня, гарантирующего как выживание, так и способность извлечь пользу из эмоционально насыщенного психологического вмешательства. Нередко бывает, что это требует госпитализации в условиях тщательного контроля диеты и мониторинга продвижения к намеченному диапазону прибавки в весе (Andersen, Bowers & Evans, 1997). Как правило, эти переходные мероприятия оказываются успешными. Менее надежна способность пациентки с анорексией оставаться на достигнутом уровне. На самом деле такая способность крайне сомнительна без лечения, которое призвано модифицировать или искоренить психологические нарушения, приводящие к анорексии.

В настоящее время существует много разнообразных психосоциальных вмешательств, потенциально способных устранить проблемы, лежащие в основе данного заболевания. Эти разнообразные подходы и их основные особенности будут подробнее описаны в главе 17. Большая часть наших знаний об успехах в лечении анорексии получена из печатных сообщений о конкретных случаях заболевания. К сожалению, в отличие от ситуации с булимией было предпринято на удивление мало научных исследований, которые позволили бы сделать правильный выбор среди методов психосоциального лечения. Возможно, что это во многом связано с тем, что успешное лечение анорексии, независимо от выбранных средств, растягивается на длительное время. При булимии, как мы увидим, весьма эффективно зарекомендовала себя когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ), и попытки ее проведения, благодаря некоторому сходству между анорексией и булимией, часто предпринимаются и в случае анорексии.

В подробной модели применения техники когнитивно-бихевиоральной терапии при анорексии подчеркиваются *различия* между больными анорексией и булимией (например, наличие неопределенной мотивации и резко выраженных социальных отклонений у пациентов с анорексией). Они учитываются в терапевтических стратегиях для преодоления отдельных проблем у лиц с анорексией, например предсказуемого дистанцирования и недоверия к терапевту (Garner, Vitousek & Pike, 1997).

Лечение нервной булимии

За последние десятилетия одним из самых ярких достижений в исследовании и лечении психопатологических состояний стал беспримерный успех когнитивно-бихевиорального лечения нервной булимии. В многочисленных научных исследованиях,

посвященных непосредственным и отдаленным катамнестическим результатам КБТ при нервной булимии, было установлено, что когнитивно-бихевиоральная терапия является, несомненно, методом выбора при этой патологии (например, Agras et al., 1992; Fairburn et al., 1993, 1995; Fichter et al., 1991; Leitenberg et al., 1994; Walsh et al., 1997; Wilson & Fairburn, 1993, 1998). Такие исследования включали в себя сравнения с медикаментозной терапией (главным образом, антидепрессантами) и в целом показали явное превосходство КБТ. Сочетание двух этих подходов лишь ненамного повышает эффективность лечения по сравнению с тем, что достигается при помощи одной КБТ (Wilson & Fairburn, 1998). Более подробный обзор данных читатели могут найти в работе Уилсона, Фейрберна и Аграса (Wilson, Fairburn & Agras, 1997).

«Бихевиоральный» компонент КБТ при булимии фокусируется на нормализации паттернов питания, прекращении чрезмерного приема пищи и чисток в сочетании с обучением индивида более частому приему небольших количеств пищи. Пациентке, например, предлагают придерживаться предписанного режима питания, при котором временна́я регулярность ставится превыше количества съеденного. «Когнитивные» элементы лечения затрагивают характерные для булимии паттерны мышления, например вышеописанное мышление по типу «все или ничего». Например, тенденция делить все продукты на «хорошие» и «плохие» оспаривается путем предоставления фактической информации, а пациентке дается возможность убедиться на себе, что употребление в пищу «плохих» продуктов не обязательно ведет к полной потере контроля над питанием.

Лечение расстройства переедания

В настоящее время мы обладаем недостаточным количеством систематизированной информации об эффективном лечении расстройства переедания (РП), возможно, потому, что последнее представляет собой неоднородную и сравнительно мало изученную патологию. Большинство случаев переедания, несомненно, в чем-то пересекается с анорексией и булимией. Поэтому клиницисты пытались приспособить релевантные аспекты лечения этих расстройств к особой клинической картине, имевшейся у больных РП. Это хорошо проиллюстрировано в подходе, который отстаивает Маркус (Marcus, 1997), предлагающий адаптировать уже устоявшиеся методы КБТ, предусмотренные для лечения нервной анорексии и нервной булимии, к особым обстоятельствам больных РП. Как правило, такие больные имеют избыточный вес и отличаются беспорядочными паттернами питания. Кроме того, они обычно придерживаются множества нелогичных и противоречивых «правил» приема пищи, например, аналогично больным с булимией, они строго разделяют продукты на «хорошие» и «плохие». У таких пациентов также могут быть стереотипные установки о характерных недостатках, присущих людям с избыточным весом, поэтому им недостает самоуважения, которое могло бы мотивировать их к прекращению переедания.

Многие больные РП в течение длительного времени придерживаются разнообразных диет, основанных на бездоказательных и порой бессмысленных принципах, что способствует наличию у них заблуждений и ощущения собственной несостоятельности. Частым коморбидным расстройством у людей с чрезмерным употреблением пищи становится серьезная депрессия. Поэтому многим таким людям

может помочь разумно спланированная программа КБТ, осуществляемая совместно с предоставлением корректирующей и фактической информации о питании и снижении веса. Фейрберн и Картер (Fairburn & Carter, 1997) предлагают дополнять эту терапевтическую программу избранными материалами для самостоятельного чтения.

Наряду с тем, что нарушения питания являются психологическими расстройствами, подрывающими физическое здоровье, их также можно рассматривать как расстройства контроля над импульсами, который значительно усилен у больных анорексией и недостаточен у больных булимией и РП, что влечет за собой серьезную угрозу физическому здоровью. Далее в данной главе мы рассмотрим дополнительные пути влияния психологических факторов как на сохранение, так и на ухудшение физического здоровья.

Психологические факторы, общие для здоровья и патологии

В многочисленных исследованиях было показано, что психические и эмоциональные процессы участвуют в поддержании физического здоровья, сопутствуют большинству соматических заболеваний. В этом разделе мы постараемся охарактеризовать основные явления, связанные с психосоциальными влияниями на биологическое здоровье, останавливаясь по возможности на механизмах этого влияния. Наш обзор мы начнем с научных данных относительно здоровья, установок и ресурсов копинга. Затем мы перейдем к рассмотрению вегетативной нервной системы и ее возможного влияния на здоровье. Далее — коснемся того, что со временем, по-видимому, будет признано основным и наиболее общим показателем состояния здоровья — иммунной системы и ее нарушений, вызванных психологическими состояниями и стрессами. Раздел завершится кратким обсуждением стиля жизни и его значения для сохранения физического здоровья.

Здоровье, установки и ресурсы копинга

Негативные последствия для здоровья, причинами которых являются жизненные стрессы, были описаны в главе 4. Здесь мы проанализируем данную связь подробнее, рассматривая психологические аспекты функционирования иммунной системы и кардиоваскулярной реактивности. Начнем с анализа установок и личностных факторов, которые связаны с поддержанием или ухудшением физического здоровья.

Установки на безнадежность и беспомощность могут оказывать разрушительное воздействие на функционирование органов. Ощущение безнадежности, например, ускоряет развитие атеросклероза — основного процесса, приводящего к заболеваниям сердца и сосудов (Everson et al., 1997). Сегодня многие хирурги откладывают серьезные операции, пока не убедятся, что пациент относится к исходу с разумным оптимизмом. Оптимизм в его более позитивном, обыденном смысле служит буфером, предотвращающим развитие заболевания (Scheier & Carver, 1987, 1992), однако он может быть и чрезмерным, приводя к опасному пренебрежению собственным здоровьем (например, Davison & Prkachin, 1997; Fisher & Fisher, 1992; Friedman, Hawley & Tucker, 1994; Kalichman, Hunter & Kelly; Tennen & Affleck, 1987).

Два лика оптимизма. У оптимизма, следовательно, есть два лица, по крайней мере в его отношении к вопросам здоровья. Его позитивный аспект связан с индивидуальным ощущением собственной *эффективности,* способности справиться с любой неприятностью. Оптимизм приобретает отрицательные стороны, когда он используется в ходе защитного отрицания, нежелания или неспособности признать у себя заболевание, его симптомы или потенциальную угрозу своему благополучию. Оптимизм защитного типа не только бесполезен для здоровья, но фактически усугубляет риск его ухудшения (см., например, Davidson & Prkachin, 1997; Shedler, Mayman & Manis, 1993).

Люди, страдающие от недостатка оптимизма в его позитивной форме, психологически испытывают чувство беспомощности, с которым, как мы уже видели в главе 4, могут быть связаны неприятные последствия для здоровья (например, Fawzy et al., 1993). В интересном исследовании с бейсболистами из Галереи славы Петерсон и Селигман (Peterson & Seligman, 1987) обнаружили, что негативные установки у этой группы спортсменов были в значительной степени связаны с ухудшением здоровья после многих лет активного участия в играх. Недавно Петерсон с коллегами (Peterson et al., 1998) сообщили о повышенной смертности среди тех интеллектуально одаренных индивидов, у которых почти полвека назад проявлялась тенденция рассматривать негативные события в катастрофическом свете. При катамнестическом обследовании выпускников Гарварда, которые в возрасте 25 лет отличались пессимистическими установками, выяснилось, что в 45–60-летнем возрасте они чаще имели соматические заболевания (Peterson, Seligman & Vaillant, 1988).

Негативные эмоции и соматические заболевания. Иногда особенность ресурсов копинга, которыми располагает человек, может способствовать развитию соматических заболеваний. Наиболее известным примером здесь служит поведенческий паттерн типа А, описанный ниже. Если обыденные жизненные препятствия и проблемы



Доказано, что стойкий негативный аффект представляет опасность для здоровья.

(например, стояние в очереди) систематически провоцируют индивида на крайние действия (ярость или срыв взрывного характера), то он причисляется к типу А. Имеющиеся многочисленные данные свидетельствуют, что составляющие подобного стиля копинга представляют собой значительный фактор риска развития ишемической болезни сердца. Таким образом, риск возникновения заболевания возрастает при хроническом негативном аффекте любого типа (Friedman & Booth-Kewley, 1987b; Hafen et al., 1996), хотя следует отметить и то, что негативные эмоции, благодаря связи с *невротичностью*, увеличивают число жалоб на физическое недомогание, которое не удается подтвердить методами объективного исследования (Costa & McCrae, 1987; Thoreson & Powell, 1992; Watson & Pennebaker, 1989). Невротичность сочетается с повышенной частотой негативных жизненных событий, таких как развод (Magnus et al., 1993), которые сами по себе сопровождаются возникновением заболевания. Как видно из этих примеров, связи между личностью и здоровьем часто оказываются очень сложными (Friedman, Hawley & Tucker, 1994).

Любой тяжелый стресс может способствовать, провоцировать или усугублять соматическое заболевание, к которому индивид уже предрасположен. Это предположение согласуется с диатезно-стрессовой моделью, которую мы рассматривали в главе 3. Человек, страдающий аллергией, может обнаружить, что эмоциональное напряжение еще больше ослабило его сопротивляемость; аналогичное явление, как мы увидим, происходит при рассеянном склерозе, когда болезнетворный вирус уже находится в организме индивида и эмоциональный стресс может воспрепятствовать нормальной работе иммунной системы, ослабить защитные силы организма. Подобным образом любой стресс способен усугублять и поддерживать другие заболевания, например мигрени (Levor et al., 1986) или ревматоидный артрит (Affleck et al., 1994).

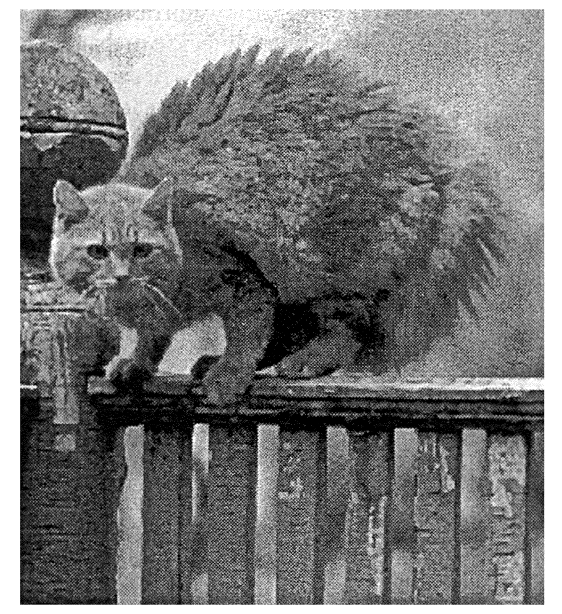
Психологические факторы здоровья и выздоровления. Документальное подтверждение нашла себе и связь, существующая между психологическими факторами и здоровьем (например, Jones, 1977; Hafen et al., 1996). Часто оказывается, что позитивные эмоции либо защищают индивида от соматического заболевания, либо, если болезнь уже существует, способствуют быстрому выздоровлению (O'Leary, 1985) — факт, усложняющий попытки установить подлинную эффективность новых методов терапии, например лекарственных препаратов. Пациент, верящий в эффективность лечения, имеет гораздо больше шансов на улучшение своего состояния, чем тот, кто безразличен или настроен пессимистически, даже если впоследствии окажется, что примененная терапия не оказывает непосредственного или релевантного физиологического эффекта. Эта реакция широко известна как **эффект плацебо** и отчасти является причиной разногласий, которые время от времени возникают в научных кругах по поводу эффективности отдельных препаратов и других методов лечения.

Возможно, что без эффекта плацебо медицина не дожила бы до XX века, так как врачи в прошлом часто ничего не могли сделать для облегчения страданий больных; а многие широко использовавшиеся методы (например, кровопускание) были просто вредны. Выживание и процветание профессии врача с древнейших времен в значительной степени служит примером силы, которая заложена в вере

в собственное исцеление (Shapiro & Morris, 1978). Поэтому основополагающее единство сознания и тела нигде, наверное, не подтверждается лучше, чем в истории самой медицины.

Реакции «борьбы или бегства» и «некуда деться». Наши древние предки нуждались в способах, мгновенно готовивших их организм к жестоким схваткам не на жизнь, а на смерть, которые были неизменной частью их обыденного существования. Природа предоставила их в виде системы, позволяющей за короткое время резко ускорить мобилизацию энергии. Возможность осуществления этой реакции связана главным образом с симпатическим отделом вегетативной нервной системы. В 1929 году выдающийся физиолог Уолтер Б. Кэннон (1871–1945) назвал эту реакцию «борьбы или бегства», тем самым подчеркнув ее очевидную функцию, направленную либо на бегство от опасности, либо на подчинение агрессору. Описывая паттерн «борьбы или бегства», Кэннон отметил, что с развитием цивилизации эти реакции в известной степени устарели. Сегодня, когда мы редко можем убежать от угрозы или физически атаковать агрессора (шумного соседа или автомобильную пробку), не существует никакого эффективного способа быстро разрядить те состояния высокой физиологической готовности, которые могут проявляться в подобных ситуациях. По мнению Кэннона (и с точки зрения многих современных исследователей), сохранение такого положения дел в течение длительного времени приводит к повреждению органов и тканей, то есть к заболеваниям, например к повышению артериального давления (гипертонии).

Возбуждение вегетативной нервной системы сопровождается многими сложными процессами, часть из которых настолько тонки и даже неуловимы, что их не всегда удается отследить. Оно отличается и более яркими проявлениями: учащением дыхания и сердечных сокращений, усиленным потоотделением, повышением мышечного тонуса и покраснением лица, а также расширением зрачков, благодаря которому улучшается зрение. При помощи специальных приборов можно наблюдать повышение артериального давления, выброс глюкозы в артериальное русло, перераспределение крови от внутренних органов к периферии, в том числе к произвольной мускулатуре,



Физиологическое возбуждение, лежащее в основе реакции этого кота и полезное при бегстве от опасности или защите от агрессора, не столь полезно для современных людей и если не проходит быстро, то способно нанести ущерб тканям и системам организма.

а также повышение секреции нейромедиаторов. Все эти изменения в совокупности иногда называют реакцией тревоги (Selye, 1976b) — первой фазой общего адаптационного синдрома, описанного в главе 4. Они служат ответом организма на «сигнал к бою», поступающий из мозга. Очевидно, что такая система возникла не для обыденных ситуаций, и вряд ли можно удивляться тому, что столь широкие и мощные эффекты в ряде случаев способны привести к органической патологии.

К аналогичному выводу пришли и первые теоретики психосоматического направления, среди которых выделяются Флэндерс Данбар (Dunbar, 1943) и Франц Александер (Alexander, 1950), доказавшие, что источники постоянной *внутренней* угрозы могут подвергнуть физическое здоровье серьезной опасности. Другими словами, неослабевающий психологический стресс, подобный возникающему при хронических тревожных расстройствах (глава 5), может вызывать органические повреждения жизненно важных органов. Таким образом, многие представления этих ученых были правильными, хотя, как это часто бывает в науке в целом и в психологии в частности, некоторые их взгляды оказались неверными или чересчур упрощенными.

Стресс может предшествовать возникновению различных соматических заболеваний, в причине появления которых не установлено влияние повышенной активности вегетативной нервной системы. Сюда относятся, например, некоторые формы рака. Эти наблюдения свидетельствуют о существовании чрезвычайно широкого спектра заболеваний, которые также могут быть спровоцированы стрессом. Таким образом, стресс может нарушать функционирование иммунной системы. Иначе говоря, при адаптационном синдроме отрицательные физиологические последствия стресса могут захватывать не только «стадию тревоги», но и «стадию сопротивления». Обратимся к соответствующим фактам.

Психосоциальные факторы и иммунная система

Иммунный ответ на вторжение чужеродных частиц легко увидеть при лабораторном анализе крови или других жидкостей организма, например слюны. На раннем этапе изучения взаимосвязи, существующей между стрессом и функционированием иммунной системы, была установлена зависимость между возникновением стрессовых ситуаций (например, экзаменов в медицинском институте) и сниженной иммунной реактивности. Помимо других негативных эффектов такое повреждение иммунной системы делает человека более подверженным инфекционным заболеваниям. Несмотря на надежность результатов наблюдений, указывающих на связь начала болезни с предшествующим стрессом, большей частью они носили корреляционный характер. Кроме того, существуют данные о значительных индивидуальных различиях в стрессовой реактивности (Manuck et al., 1991). Однако прежде чем перейти к сути вопроса, мы должны описать основы функционирования иммунной системы.

Элементы иммунной системы человека

Несмотря на то что особенности функционирования иммунной системы при психосоциальных влияниях еще только предстоит установить, определенные общие принципы ее действия сегодня известны достаточно хорошо.

Иммунная система делится на две ветви: гуморальную и клеточную. Гуморальная ветвь связана с действием *В*-клеток и антител, которые они вырабатывают. Клеточный иммунный ответ, с другой стороны, связан с активностью *Т*-клеток, которые, хотя и представлены повсеместно, антител не вырабатывают. Когда в организм вторгается антиген, то есть субстанция, признающаяся «чужеродной», *В*- и *Т*-клетки активизируются и, стремительно размножаясь, стараются разрушить тем или иным способом этот антиген.

В-клетки, образующиеся в костном мозге, синтезируют антитела, циркулирующие в сыворотке крови. Функционирование *В*-клеток (или гуморальный иммунный ответ) связано главным образом с защитой от различной бактериальной инфекции. Ряд лимфоцитов, происходящих от общего предшественника, то есть стволовой клетки крови, созревают в вилочковой железе, превращаясь в *Т*-клетки. *Т*-клетки осуществляют иммунные реакции, которые, хотя и протекают медленнее, воздействуют на более широкий спектр антигенов и непосредственно взаимодействуют с ними. В эти реакции входит: 1) разрушение определенных антигенов, таких как вирусы и неопластические (опухолевые) клетки; 2) регулировка функционирования гуморальной составляющей иммунного ответа и 3) завершение иммунной реакции, когда антигены разрушены. *Т*-клетки обычно действуют с высокой специфичностью по отношению к вторгшемуся антигену.

Защитная функция *В*- и *Т*-клеток осуществляется совместно с другими компонентами иммунной системы, среди которых особо выделяются клетки-убийцы, то есть макрофаги (буквально: «большие едоки») и гранулоциты. Таким образом, в первую очередь иммунная защита представляет собой высоко дифференцированную систему лейкоцитов, которые свободно циркулируют в крови или остаются прикрепленными в лимфатических узлах. Следовательно, реакция иммунной системы на вторжение антигенов генерализованная и сложно организованная, необходимым условием действия которой является безупречное функционирование ее многочисленных компонентов. Как будет показано далее, в настоящее время можно быть практически уверенными в том, что головной мозг играет главную роль в контроле над действием иммунной системы.

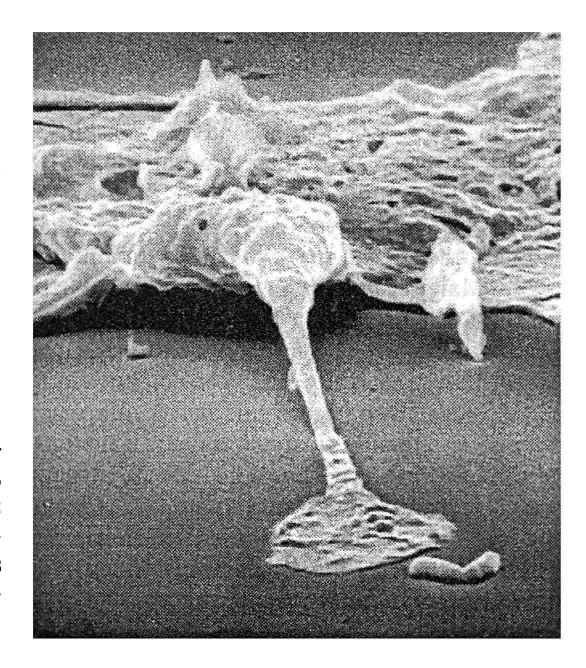
Нарушение иммунного ответа под действием психосоциальных факторов

СПИД, заболевание иммунной системы, хорошо иллюстрирует взаимосвязь между стрессом и иммунным ответом. Несмотря на то что стресс, возможно, и не *вызывает* клинически выраженного СПИДа у ВИЧ-инфицированных лиц, он явно продолжает ослаблять уже подорванную иммунную реакцию организма (Kiecolt-Glaser, 1988, 1992). Например, Энтони с коллегами (Antoni et al., 1990) представили предварительные результаты, указывающие на то, что поведенческие вмешательства, например занятия аэробикой, оказывают позитивное психологическое воздействие, а также активируют иммунную систему как у геев, состоящих в группе риска, но еще не инфицированных ВИЧ, так и у геев, находящихся на ранней стадии инфицирования. Недавно Кемени с коллегами (Kemeny et al., 1994) представили данные о том, что у инфицированных геев депрессивное настроение сопровождается повышенной активностью вируса ВИЧ-1; это подтверждает общее представление о том, что психологическая депрессия ослабляет активность иммунной системы.

(Herbert & Cohen, 1993). Кроме того, она повышает вероятность дальнейшего рискованного поведения у еще не инфицированных мужчин (Kalichman et al., 1997а). Сейчас мы обладаем эффективными методами лечения депрессии, среди которых выделяются психосоциальные методы, такие как когнитивно-бихевиоральная терапия (например, DeRubeis, 1997; Hollon et al., 1992). Не исключено, что использование в настоящее время лишь фармакологических методов лечения СПИДа не позволяет нам рассмотреть другие альтернативные способы борьбы с этим недугом.

Первоначальные данные о связи между стрессом и развитием заболевания к настоящему времени подкреплены исследованиями, позволяющими более уверенно говорить о роли стресса в снижении активности иммунной системы. Страуман, Лемье и Коу (Strauman, Lemieux & Coe, 1993) провели эксперимент, в котором в течение определенного времени манипулировали самооценками ряда субъектов. Они обнаружили, что цитотоксичность (то есть способность уничтожать антигены) *Т*-лимфоцитов значительно снижалась при вызванных негативных самооценках — эффект, проявлявшийся с особенной силой у людей, у которых до начала эксперимента определяли тревожное и/или дисфоричное настроение. В ходе другого эксперимента здоровых добровольцев, помещенных в карантин, намеренно подвергали воздействию вируса гриппа и оценивали результаты с точки зрения фактического развития инфекции верхних дыхательных путей. Наличие стрессовых ситуаций, субъективного стресса и негативных эмоций, которые оценивали перед экспериментом, позволяли с большой вероятностью предсказать, кто именно заболеет простудой (Cohen, Tyrrell & Smith, 1993).

Как уже говорилось, по-видимому, депрессия или негативный аффект имеют большое значение для подавления иммунной защиты. Обзор данных, предпринятый Вейссе (Weisse, 1992), указывает на четкую связь между дисфоричным настроением и нарушениями функций иммунной системы, которая, вероятно, не зависит от ситуаций и событий, спровоцировавших эти депрессивные чувства. Следовательно, депрессивное состояние *само по себе* добавляет что-то ко всем негативным эффектам стрессоров, которые провоцируют такое настроение.



Макрофаг вытягивает отросток, чтобы поглотить бактерию. Макрофаги – важные компоненты иммунной системы, так как они инициируют деятельность *В*- и *Т*-клеток, направленную против бактериальной инфекции или инвазии чужеродного антигена.

Еще в одном обзоре релевантных исследований было достоверно показано, что депрессивный аффект сопровождается снижением числа лейкоцитов, реагирующих на чужеродный белок и активности клеток — натуральных киллеров, а также числа лейкоцитов, циркулирующих в крови (Herbert & Cohen, 1993). С этим фактом, возможно, связано и то, что члены организации по поддержанию здорового образа жизни при выздоровлении от депрессивных расстройств реже обращались за медицинской помощью (Von Korff et al., 1992).

Перечень состояний, при которых наблюдалась связь со снижением активности иммунной системы, обширен. Помимо психологической депрессии в него входят бессонница, бег на длинные дистанции, космические полеты и смерть супруга(и) (Schleifer, Keller & Stein, 1985; Schleifer et al., 1989; Vasiljeva et al., 1989). Недавно Качиоппо с коллегами (Caciopро et al., 1998) добавили в этот список уход за слабоумным лицом, например за страдающим болезнью Альцгеймера (см. главу 13). Было показано, что иммунная реактивность изменяется и при нормальных, дневных колебаниях настроения (Stone et al., 1987). Группа исследователей из университета штата Огайо неоднократно выявляла нарушение пролиферации лейкоцитов, включая снижение активности натуральных киллеров, у студентов-медиков, подвергнутых экзаменационному стрессу (Glaser et al., 1985, 1987). Известно, что натуральные киллеры играют важную роль в контроле над опухолевыми клетками и вирусными инфекциями.

Психонейроиммунология

Существование тесных связей между рядом негативных психологических состояний и снижением функций иммунной системы говорят о наличии центрального звена, которое осуществляет это взаимодействие. Подобные соображения привели к развитию **психонейроиммунологии**, изучающей психологические аспекты регулирования центральной нервной системой иммунных реакций путем контроля над нервными, нейрохимическими и эндокринными (гормональными) процессами. Эта отрасль, хотя еще и сравнительно молодая, сформировалась впечатляюще быстро (обзор см. в Maier & Watkins, 1998; Maier, Watkins & Fleshner, 1994).

Гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальная ось. Существуют веские доказательства наличия стрессоров, в частности психосоциальных или психических, способных нарушать иммунный ответ под влиянием сигналов центральной нервной системы (Antoni et al., 1990; Jemmott & Locke, 1984; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1992; Maier et al., 1994, 1998). Как они это осуществляют? Какой механизм или механизмы влияния в это вовлечены?

До недавнего времени большинство исследователей были убеждены, что такой механизм связан прежде всего с гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной (ГГА) осью. В соответствии с этой гипотезой анализ стрессовых событий, происходящий в головном мозге, приводит к активации гипоталамусом гипофиза, который, в свою очередь, стимулирует кору надпочечников к выработке большого количества глюкокортикоидов — гормонов, оказывающих мощное регуляторное воздействие на функционирование иммунной системы. Кортикостероидные гормоны, такие как кортизол, применяют в лечении заболеваний, при которых необходимо подавить активность иммунной системы, например при ревматоидном артрите, аутоиммунном заболевании, при котором иммунная система атакует здоровые ткани.

Другие нейрохимические вещества и функции иммунной системы. Недавние научные открытия и новые представления внесли серьезные изменения в представления, сделанные с позиции ГГА. Сейчас стало известно, что и многие другие гормоны, в том числе гормон роста, тестостерон и эстрогены, также участвуют в реакции на стресс и влияют на деятельность иммунной системы. Аналогичные данные получены и в отношении многих нейрохимических веществ, включая эндорфины (эндогенные пептиды, по действию близкие к опиуму).

Связь между психосоциальными стрессорами и иммунной системой может быть еще более непосредственной. Наличие нервных окончаний в тимусе, селезенке и лимфатических узлах, тканях, заполненных лимфоцитами, говорит о возможности прямого контроля нервной системы над секрецией иммуноактивных соединений. Известно, что на поверхности лимфоцитов имеются рецепторы для циркулирующих в крови нейрохимических веществ (Rogers, 1989). Наличие подобных рецепторов на этих клетках не случайно; таким путем клетки реагируют на сигналы, передаваемые различными веществами, например разнообразными пептидами, которые синтезируются в головном мозге и затем попадают в артериальное русло.

Обусловленная иммуносупрессия. Иммуносупрессия может быть классически обусловленной (Ader & Cohen, 1984; Maier et al., 1994), то есть возникать в качестве приобретенной реакции на ранее нейтральный стимул, точно так же как собаки Павлова научались выделять слюну на звук. По-видимому, иммуносупрессию способны активизировать даже такие психические стимулы, как мысли и образы, если они постоянно сочетаются с иммуносупрессивными событиями (действующими как безусловный стимул). Считается, например, что смерть супруга(и) сопровождается одним-тремя годами иммуносупрессии (Hafen et al., 1996, p. 25), что может быть объяснено неоднократно всплывающими образами покойного спутника и светлого прошлого, образами, которые становятся условными стимулами для нее.

Иммунная обратная связь. Картина эффектов, оказываемых на иммунную систему психосоциальными стрессорами, еще больше осложняется их двунаправленностью. Майер с коллегами (Maier et al., 1994; Maier & Watkins, 1998) представили убедительные доказательства того, что поведение и психологическое состояние человека действительно изменяют активность иммунной системы, которая, действуя по принципу обратной связи, оказывает влияние на состояние психики и поведенческие особенности, регулируя концентрацию нейрохимических веществ, циркулирующих в крови и, следовательно, воздействующих на состояние головного мозга. Наличием обратной связи можно объяснить, например, часто наблюдаемую психологическую депрессию, которая развивается в результате стресса. Стрессоры способны привести к иммуносупрессии, которая, в свою очередь, может через химические стимулы воздействовать на мозг и вызвать депрессивные мысли и паттерны поведения.

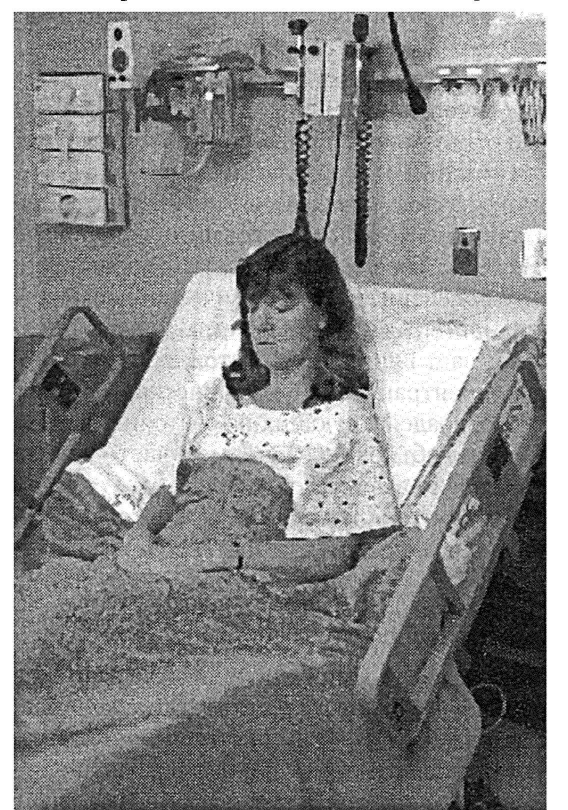
Токсичность стрессоров

Попытки связать отдельные стрессоры с определенными соматическими заболеваниями не возымели успеха, и стало очевидно, что стресс сопутствует и даже играет ведущую роль в развитии и течении практически всей органической патологии. В каузальном паттерне стресс может предрасполагать, провоцировать, подкреплять или просто утяжелять уже развившееся заболевание. Как отметили Андерсон,

Киколт-Глэзер и Глэзер (Anderson, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994), даже если стресс связан с лечением, например, при агрессивной терапии определенных форм рака, он может сам стать определенным риском для защитных ресурсов, серьезно ухудшая качество жизни больного. Посттравматический стресс, как это явствует из анамнеза женщин (и мужчин), подвергшихся сексуальному насилию, может в дальнейшем оказывать отрицательное воздействие на здоровье даже после того, как травмирующее событие осталось далеко позади (Golding, 1994; Golding, Cooper & George, 1997). Стресс ускоряет развитие заболевания или усугубляет его, а также препятствует осуществлению иммунологической защиты и других функций организма, связанных с восстановлением гомеостаза. Если предположить, что у каждого из нас в организме имеется хотя бы одна относительно уязвимая система органов, то сильный хронический стресс подвергает ее раньше или позже риску развития патологии.

Образ жизни как фактор угрозы для здоровья

Понимание биологических механизмов, определяющих психологические и физиологические состояния, свидетельствует об огромной роли образа жизни в развитии и поддержании многих заболеваний. В настоящее время установлено, что многочисленные аспекты нашего образа жизни влияют на развитие ряда тяжелых соматических болезней. Например, значительное влияние оказывают питание, особенно переедание и повышенное потребление пищи, богатой жирами и бедной клетчаткой; малоподвижность; курение; охлаждение супружеских отношений и развод; злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами; постоянное воздействие сильного стресса и даже неспособность решения обыденных проблем. Это лишь небольшой перечень из многочисленных жизненных паттернов, которые могут способствовать возникновению таких заболеваний.



Как стресс способен подорвать иммунную систему и сделать человека уязвимым перед болезнью, так и болезнь, сопровождающаяся истощением иммунной системы, делает его уязвимым в психологическом отношении, например предрасполагает к депрессии или тревоге.

Образ жизни — привычки или паттерны поведения, находящиеся под контролем человека и играющие важную роль в трех ведущих причинах смертности в США: ишемической болезни сердца, автомобильных аварий и алкоголизма. Несмотря на широкую осведомленность о том, что латексные презервативы надежно защищают от передачи вируса ВИЧ-1, очень многие сексуально активные индивиды (как гомосексуальной, так и гетеросексуальной ориентации) продолжают предаваться высокорискованному поведению (Bryan, Aiken & West, 1997; Carey et al., 1997; Fisher & Fisher, 1992; Kalichman, Kelly & Rompa, 1997b; Kalichman et al., 1997a; Kelly & Murphy, 1992).

Даже при наличии доказательств роли данной привычки (например, курения) в развитии ряда патологий, многим индивидам трудно изменить свой жизненный стиль, чтобы снизить риск возникновения таких заболеваний, однако здоровым людям может казаться, что это не касается их. Значительные изменения в образе жизни даются, как правило, нелегко, и это особенно справедливо для ситуаций, в которых результат происходит мгновенно и вызывает сильные ощущения, как это бывает в случае различного рода пристрастий (глава 10). Один мужчина, после двух сердечных приступов и операции по удалению пораженного раком легкого, продолжал выкуривать по две с половиной пачки сигарет в день, хотя часто признавался: «Я знаю, что эти вещи постепенно меня убивают... но я до того с ними свыкся, что они стали частью моей жизни, и я просто не могу без них прожить!»

Психологические факторы и сердечно-сосудистые заболевания

Заболевания сердечно-сосудистой системы (сердца и связанного с ним сосудистого древа, через которое оно перекачивает кровь, распределяя ее по органам и возвращая обратно) остаются самой серьезной медицинской проблемой, стоящей перед американцами и работниками здравоохранения ввиду большого количества летальных исходов и недееспособности. Основные трудности связаны с тремя взаимосвязанными клиническими состояниями: 1) гипертонией (высоким артериальным давлением); 2) ишемической болезнью сердца (ИБС), при которой происходит закупорка артерий, питающих саму сердечную мышцу, и 3) инсультом, при котором аналогичная закупорка нарушает кровоснабжение головного мозга. Мы рассмотрим здесь гипертонию и ИБС; инсульт, этиология которого во многом похожа на этиологию ИБС, рассматривается в главе 13.

Эссенциальная гипертензия

Когда физически здоровый человек пребывает в спокойном состоянии, его сердцебиение ритмично, пульс ровен, артериальное давление сравнительно невысоко, а внутренние органы в достаточной мере снабжаются кровью. При стрессе, однако, сосуды, питающие внутренние органы, сжимаются и кровь в больших количествах устремляется к скелетной мускулатуре туловища и конечностей — часть ранее описанного паттерна «борьбы или бегства». При сжатии мелких сосудов, питающих внутренние органы, сердце вынуждено работать в усиленном режиме. По мере возрастания частоты и силы его сокращений учащается пульс и повышается артериальное давление. Обычно, когда кризис проходит, организм возвращается к

нормальному функционированию и артериальное давление приходит в норму. Однако при продолжающемся эмоциональном напряжении повышение артериального давления может стать постоянным.

Нормальным считается давление ниже 140/90; однозначно высоким считается давление, превышающее 160/100. (Первая цифра условно называется *систолическим* давлением, которое возникает при сокращении сердца; вторая — *диастолическим*, или междударным, давлением.) Промежуточные показатели называются «пограничными», как паттерн, при котором человек балансирует между нормальным и высоким давлением (Turner, 1994). Многие данные указывают на то, что пограничные показатели являются фактором риска развития отчетливой, стойкой гипертонии, болезни, которой страдает свыше 40 миллионов американцев. По не выясненным до конца причинам, частота встречаемости гипертонии примерно вдвое выше среди чернокожего населения, чем среди белых американцев (Anderson & Jackson, 1987; Edwards, 1973; Fray & Douglas, 1993; Mays, 1974; Myers & McClure, 1993), что превращает ее в еще более серьезную проблему для данной категории населения, чем серповидноклеточная анемия (тяжелая и порой очень болезненная мальформация эритроцитов, которой страдают главным образом чернокожие). Многие клиницисты считают, что биологическая предрасположенность к высокой кардиоваскулярной реактивности на стресс способствует развитию гипертензии (см., например, Tuomisto, 1997; Turner, 1994), которая впоследствии, при неблагоприятных жизненных обстоятельствах, прогрессирует в зрелые годы, превращаясь в настоящую гипертоническую болезнь.

Эссенциальная гипертензия возникает при отсутствии данных о каких-либо специфических физиологических или органических причинах ее появления. Она часто протекает бессимптомно до тех пор, пока ее эффекты не проявятся в соматических осложнениях. Помимо того что эссенциальная гипертензия значительно повышает вероятность ИБС и инсульта, она часто может стать причиной закупорки периферических артерий, сердечной недостаточности, связанной с неспособностью сердца преодолеть сопротивление суженных артерий, почечной недостаточности, слепоты и ряда других тяжелых соматических нарушений.

Таким образом, высокое артериальное давление — коварная и опасная патология. Определить ее можно легко и безболезненно, накачав всем знакомую ручную манжету или ее автоматические разновидности, предназначенные для самоконтроля, которые сейчас широко доступны. Приобрести их можно в торговых центрах. Однако регуляция артериального давления настолько сложна, что в каждом отдельном случае идентификация причин ее сбоя оказывается крайне трудной задачей (Herd, 1984). Дисфункция почек, например, может быть либо причиной, либо следствием, либо тем и другим для опасно высокого давления. Кроме того, гипертензия возникает в результате повышенного содержания натрия в пище (например, в составе соли) или его чрезмерной задержки в организме.

Гипертензия у афроамериканцев. Полная стресса жизнь в городских гетто, нищета и откровенная расовая дискриминация играют, по-видимому, главную роль в высокой частоте случаев гипертонии среди афроамериканцев (Anderson & Jackson, 1987; Anderson & McNeilly, 1993; Mays, 1974). «Джонгенриизм»[1], производное от имени фольклорного негритянского народного героя, который беззаветно трудился,

---

[1] Джон Генри — чернокожий забойщик костылей из песенного фольклора. — *Прим. перев.*

невзирая на бедность, стало нарицательным именем для описания многих чернокожих — жертв гипертонии (см., например, Anderson & McNeilly, 1993; Myers & McClure, 1993). Афроамериканцы любят соленую пищу, и, кроме того, существуют данные, согласно которым накопление соли в их организме приводит к задержке жидкости и изменениям в эндокринной системе, что, в свою очередь, повышают артериальное давление (Anderson & McNeilly, 1993). Следует иметь в виду, что некоторые люди «держат стресс в себе», как это свойственно поведенческому паттерну типа А (описанному ниже), который сопровождается повышенным систолическим и диастолическим давлением (Lyness, 1993).

Классическое психоаналитическое объяснение гипертонии гласит, что гипертоники страдают из-за регулярного подавления чувства ярости, что подтверждается разрозненными и несколько устаревшими данными (Gentry et al., 1982; Spielberger et al., 1985; Stone & Hokanson, 1969). От жителей гетто, включая афроамериканцев, можно было бы ожидать значительной подавленной враждебности (Anderson & McNeilly, 1993; Harburgh et al., 1973; Myers & McClure, 1993), однако нельзя сказать, чтобы гипотеза о подавлении агрессивных чувств надежно подтверждалась для всех или хотя бы для большинства больных гипертонией. Данные Эслера и коллег (Esler et al., 1977) свидетельствуют, что подгруппа гипертоников, проявляющих подавленную враждебность, часто обладает также значительной покорностью, строгим контролем и чувством вины.

Гнев и гипертензия. Мак-Клелланд выдвинул свой вариант гипотезы о подавлении агрессии (McClelland, 1979). Согласно данной гипотезе, такой больной характеризуется не столько агрессией и необходимостью ее подавлять, сколько властными побуждениями и необходимостью сдерживать их выражение. Поэтому у них часто возникает чувство гнева, которое остается невыраженным. В ходе одного исследования, осуществленного с целью проверки этих гипотез, Мак-Клелланд обнаружил, что потребность индивида во власти и сдерживание активности действительно тесно связаны с повышением артериального давления. Более того, он продемонстрировал, что синдром сдерживания властных мотивов у мужчин в возрасте от 30 до 40 лет во многом предвещал повышение давления и появление признаков гипертонической болезни у тех же мужчин через 20 лет.

Нельзя исключить и то, что в основе психогенной гипертензии лежит сдерживание или подавление настоятельной потребности выполнять действия, которые плохо воспринимаются обществом. (В случае афроамериканцев подобными действиями считаются просто их притязания на определенную работу, профессию или соседство.) Такие конфликтные ситуации не редкость и, как отмечалось в предыдущих главах, находятся в центре психодинамических представлений, касающихся невротических процессов. Данные в поддержку этого общего представления получены Йоргенсеном с коллегами (Jorgensen et al., 1996), которые провели обзор исследований, касающихся взаимосвязи личностных переменных и повышения артериального давления.

Ишемическая болезнь сердца и поведенческий паттерн типа А

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — потенциально смертельная закупорка артерий, питающих сердечную мышцу, или миокард. Ее основные клинические проявления: 1) стенокардия — жестокая боль в груди, свидетельствующая о том, что

пораженный участок миокарда недостаточно снабжается насыщенной кислородом кровью, чтобы справиться с текущей рабочей нагрузкой; 2) инфаркт миокарда, который представляет собой полную закупорку отдельных коронарных артерий, что приводит к омертвению самой ткани сердца, питаемой соответствующими артериями и 3) нарушение электрической проводимости сердца, вызванное закупоркой артерий и приводящее к снижению или прекращению насосной функции, что нередко заканчивается смертью. Многие случаи внезапной смерти от остановки сердца без предварительных симптомов ИБС относятся на счет ИБС со скрытым течением. Так часто бывает при отрыве от стенки артерии небольшого кусочка атеросклеротических накоплений («бляшки»), который устремляется в меньший сосуд и закупоривает его (см. справку 8.2).

За последние годы в США резко снизилась летальность, связанная с ИБС. Это снижение наступило после длительного периода роста смертности от ИБС, который продолжался большую часть XX столетия. Сегодня ИБС сохраняет за собой сомнительную репутацию национального убийцы № 1, несмотря на значительный прогресс в ее терапии (например, разнообразные хирургические операции на коронарных артериях) и заметно возросшие знания о факторах риска, многие из которых (например, повышенное содержание в сыворотке крови липопротеинов низкой плоскости, курение, малоподвижность, ожирение и гипертония) обратимы.

СПРАВКА 8.2

Сердечный приступ

Все мы слышали старую историю о трусливой сторожевой собаке, у которой, едва ей было сказано: «Фас, нападай!», развился сердечный приступ. «Приступ» – часто употребляемое слово в нашем сегодняшнем словаре, так как сердечные приступы ежегодно уносят жизни полумиллиона американцев. Частота сердечных заболеваний среди американцев считается одной из самых высоких в мире, ими страдают около 30 миллионов человек. (В некоторых странах, например во Франции, болезни сердца встречаются чаще, в других – реже, как, например, в Японии.) Но что такое сердечный приступ? Это результат *инфаркта миокарда*, закупорки артерий, питающих сердце. Когда такая артерия закупоривается, мышечные ткани сердца, лишенные кислорода, начинают гибнуть. В зависимости от степени и объема повреждений исход может варьировать от почти полного выздоровления до смерти.

Закупорка коронарных сосудов, питающих сердце, обычно вызывается одним из трех факторов: тромбом, попавшим в сосуд; длительным сужением стенок кровеносного сосуда или атеросклерозом. Атеросклероз – результат наложения многих субстанций, таких, как жир, фибрин (образующий сгустки), фрагменты мертвых клеток и кальций. Эти субстанции снижают эластичность сосуда, а сужение его диаметра приводит к повышению артериального давления, точно так же как это происходит в садовом шланге при перекрывании отверстия большим пальцем. Причины развития атеросклероза неизвестны, но курение и, возможно, употребление в пищу животных жиров и холестерина способны ускорить его развитие. К другим факторам, способствующим развитию атеросклероза, относятся возраст, гипертония, диабет, стресс, наследственность, пол (у мужчин сердечные приступы бывают чаще) и поведенческий паттерн типа А.

Предвестниками сердечного приступа часто (но не всегда) являются: 1) боль, иррадиирующая в преддплечье, плечо, шею или нижнюю челюсть; 2) внезапный пот; 3) сильная давящая боль

Факторы риска ИБС, к которым, помимо перечисленных, относится наследственность, могут объяснить только часть всех последствий, связанных с этим недугом. Другими словами, каузальный паттерн развития (или неразвития) ИБС во многом остается загадкой. Ученые, занимавшиеся изучением сердечно-сосудистой патологии, стали уделять больше внимания психосоциальным и личностным факторам, способствующим развитию ишемической болезни сердца. Попытки детализировать и уточнить психологические особенности в развитии данного заболевания сводились к идентификации важнейших составляющих **поведенческого паттерна типа А**, впервые описанного М. Фридманом и Р. Розенманом (Friedman & Rosenman, 1959).

Особенности личности типа А

По мнению Фридмана и Розенмана (Friedman & Rosenman, 1959), отличительными признаками поведения типа А служат стремление к состязанию при отсутствии необходимости в соперничестве, нетерпение или спешка, а также враждебность. Этот паттерн проявляется в ускоренной речевой и двигательной активности. Противоположный ему паттерн типа Б описан мало и определяется с позиции отсутствия признаков типа А.

Оценить связь между поведением типа А и ИБС оказалось достаточно трудной задачей. Были разработаны разнообразные подходы к оценке поведения типа А, но,

за грудиной и 4) тошнота, рвота и одышка. Симптомы могут появляться и исчезать. Люди, не укрепившую свою сердечно-сосудистую систему при помощи физических упражнений, особенно подвержены *стенокардии* (боли в груди), которая возникает при недостаточности кровоснабжения сердца, особенно в периоды стресса и физической нагрузки. Ее не следует путать с истинным сердечным приступом, хотя она может предвещать его развитие в будущем. Боль можно облегчить, отказавшись от непривычной физической деятельности или понизив уровень стресса. Приток крови к сердцу можно повысить при помощи лечебной физкультуры или хирургической пересадки сосудов из других частей тела (коронарное шунтирование). Некоторые химические вещества, такие как нитроглицерин, также расширяют сосуды сердца и улучшают кровообращение миокарда.

Другая разновидность сердечного приступа заканчивается явлением, которое было названо *внезапной смертью*. Смерть может быть вызвана хаотичным и не скоординированным сокращением желудочков, которое часто связано с непредвиденным инфарктом миокарда. Сокращения не продвигают кровь, и после нескольких спазмов сердце может остановиться. Многие люди, застигнутые таким недугом, умирают на ходу смертью, которая со стороны кажется загадочной. Некоторых из них, однако, можно спасти, если вовремя оказать помощь. Фактически у жертв сердечных приступов любого вида гораздо больше шансов выжить, если начать лечение немедленно. Жителей многих крупных городов специально обучают оказывать в подобных экстренных случаях неотложную кардио-пульмонологическую помощь (КПП). Благодаря мероприятиям КПП кровь направляется к мозгу, чувствительные ткани которого быстро погибают в отсутствие кислорода. В Сиэттле, штат Вашингтон, где осуществляется широкая программа подготовки граждан, около трети успешных реанимационных мероприятий было выполнено случайными прохожими. Их действия оказываются успешнее работы профессионалов, так как они, как правило, находятся рядом с жертвами в момент приступа.

Источник: по Wallace, 1987.

к сожалению, имеющиеся методы измерительной оценки типологии А/Б не привели к единым результатам (разные авторы по-разному оценивали людей с точки зрения их принадлежности к типу А). Данный факт свидетельствует о сохраняющихся проблемах определения конструкта и вероятности измерения различных компонентов паттерна типа А разными методами. Эта трудность измерения, возможно, главная причина того, что в ходе нескольких исследований не удалось установить связь между типом А и ИБС (Fischman, 1987; Thoreson & Powell, 1992). Более того, существуют данные, свидетельствующие о том, что не все компоненты паттерна типа А в равной степени способствуют развитию ИБС или других разновидностей ИБС-синдрома, таких как стенокардия и инфаркт (Krantz & Glass, 1984).

В настоящее время существует единое мнение о том, что наиболее тесно с поражением коронарных артерий коррелирует составляющая паттерна А, которую можно охарактеризовать как «свободно плавающая» (неспецифическая, цинично-недоверчивая) враждебность, возможно, в сочетании с ненадежностью статуса («Достаточно ли я хорош?») и частым интенсивным гневным возбуждением. Вопреки первоначальным представлениям аспекты паттерна А, отражающие желание индивидов постоянно действовать, трудиться, не являются составной частью так называемого «токсического ядра» (M. Friedman & Ulmer, 1984; Hafen et al., 1996; Krantz & Glass, 1984; Williams et al., 1980; Williams, Barefoot & Shekelle, 1985; Wood, 1986). Хафен с коллегами (Hafen et al., 1996) говорят об этом так: «Складывается впечатление, что реальное отличие трудоголиков от личностей типа А кроется во враждебности. Трудоголик редко бывает враждебным. Тип А враждебен почти всегда» (p. 149).

Однако при определении характеристики «тип А/Б» и выявлении ее наиболее значимых компонентов остаются некоторые противоречия и неопределенности (Hearn, Murray & Luepker, 1989; Thoreson & Powell, 1992). Взаимозависимость между развитием ИБС, тревогой и депрессией могут быть очень сложными и столь же важными (Booth-Kewley & H. Friedman, 1987). Многие современные данные свидетельствуют о связи между депрессией и возникновением ИБС (см. справку 8.3).

Исследования, посвященные типу А и ИБС

Несмотря на сохранение некоторой концептуальной и методической неопределенности, трудно спорить с имеющимися данными, согласно которым общая совокупность реакций, характерная для паттерна типа А, независимо от других факторов риска в значительной мере предсказывает развитие ИБС в будущем. На фоне нескольких работ, подтверждающих этот вывод, включая исследование с участием субъектов китайского происхождения (Boyuan, 1988), особенно выделяются две исследовательские стратегии, охватывающие многие проблемы и предлагающие новые подходы для их интерпретации. (Например, оценка личностных факторов *после* постановки диагноза ИБС способна побудить субъектов к искажению степени своей враждебности или тревоги, исходя из заранее сложившегося представления о типе личности, склонном к коронарной патологии.) Эти исследования будут описаны ниже.

В научной программе Западной объединенной группы (*WCGS*) участвовали около 3150 здоровых мужчин в возрасте от 35 до 59 лет, которые на момент исследования относились либо к типу А, либо к типу Б. За ними тщательно наблюдали в течение восьми с половиной лет. Установлено, что на протяжении этого периода у мужчин типа А ИБС (стенокардия или инфаркт миокарда) развивалась прибли-

зительно в 2 раза чаще, чем у типа Б. Эта повышенная степень риска сохранялась даже без учета других факторов. При анализе данных, полученных в младшей группе мужчин (39–49 лет на момент вступления в программу), оказалось, что среди лиц типа А ИБС развивалась в *шесть* раз чаще, чем у типа Б (Rosenman et al., 1973). Кроме того, полученные данные свидетельствовали о связи паттерна типа А с рекуррентными инфарктами миокарда (Jenkins, Zyzanski & Rosenman, 1976) и внезапной смертью, вызванной кардиологической патологией (M. Friedman et al., 1973).

Доказательства того, что поведение типа А служит фактором риска развития ИБС, предоставляются и одним из аспектов хорошо известного Фремингемского кардиологического исследования (второго крупного исследования, посвященного поведению типа А и ИБС), начатого в 1948 году и подразумевавшего долгосрочное наблюдение за большой группой мужчин и женщин из Фремингема. В середине 1960-х годов около 1700 субъектов без ИБС были отнесены либо к типу А, либо к типу Б. Анализ данных о развитии ИБС за 8 лет наблюдения не только подтвердил основные результаты, полученные у мужчин в ходе реализации программы *WCGS*, но и распространил соответствующие выводы на женщин. Фактически двукратное повышение риска развития ИБС, о котором сообщалось в отношении мужчин типа А, было едва ли не с точностью воспроизведено для женщин того же типа. Интересно, что мужчины, у которых была доказана связь между типом А и ИБС, относились к «белым воротничкам» (Haynes, Feinleib & Kannel, 1980). Некоторые сомнения вызвала валидность результатов для женщин (Thoreson & Powell, 1992), и, как указывают Хафен с коллегами (Hafen et al., 1996), в большинстве других работ установлено, что у них прослеживается более тесная связь между депрессией и ИБС. Суммарная картина Фремингемских результатов представлена на рис. 8.3.

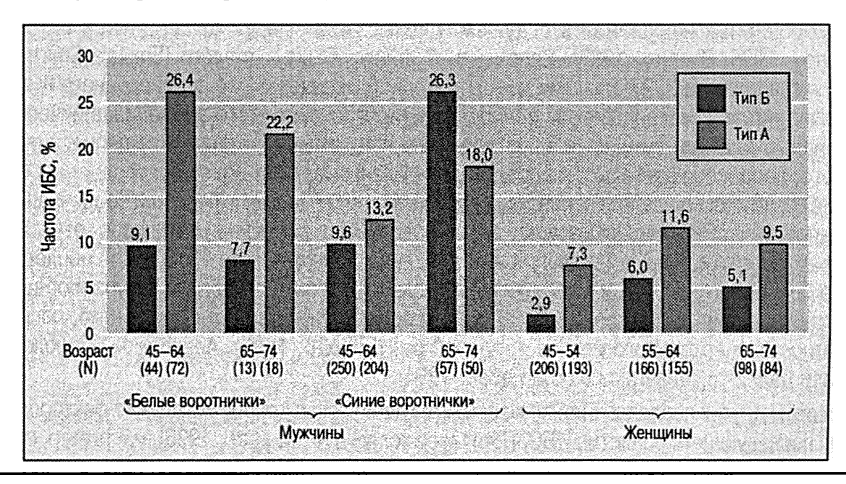


Рис. 8.3. Поведенческий паттерн типа А и ишемическая болезнь сердца

На диаграмме представлена частота ишемической болезни сердца (ИБС), взятая за восьмилетний период наблюдения за субъектами, участвовавшими во Фремингемском кардиологическом исследовании. Субъекты разделены по возрасту, полу, роду деятельности (только мужчины) и типу поведенческого паттерна – А или Б. Обратите внимание на значительно бóльшую частоту ИБС среди женщин типа А и мужчин из числа «белых воротничков» по сравнению с представителями типа Б. Факт отсутствия данной зависимости у мужчин из числа «синих воротничков» остается необъясненным.

Эти и другие исследования, взятые вместе, удовлетворяют большинству строгих критериев, установленных эпидемиологами для подтверждения причинно-следственной связи в патогенезе ИБС. Это означает, что полученные данные свидетельствуют об участии одного из аспектов поведенческого паттерна типа А, возможно, того, что связан с общим негативным аффектом (Endicott, 1989; H. Friedman & Booth-Kewley, 1987a) в развитии у некоторых людей потенциально смертельной органической патологии (ИБС). Исследование, предпринятое Лайнессом (Lyness, 1993), подтвердило, что индивидам, относящимся к типу А, свойственны более яркие кардиоваскулярные реакции на разнообразные стрессовые ситуации. Однако

СПРАВКА 8.3. НА ОСТРИЕ СОБЫТИЙ

Депрессия и ишемическая болезнь сердца

Вплоть до последних лет основной психологической переменной, влияющей на ишемическую болезнь сердца (ИБС), считалось поведение типа А, особенно его враждебная составляющая. Теперь мы знаем, что депрессия также оказывает значительное воздействие на риск развития ИБС и негативно влияет на течение болезни, если последняя уже диагностирована (Shapiro, 1996; Glassman & Shapiro, 1998). Было установлено, что люди с сердечными заболеваниями чаще впадают в депрессию, чем здоровые. В ряде исследований показано, что клинической депрессией страдают от 15 до 20% людей, перенесших сердечные приступы, цифра, которая намного превышает среднее значение для общей популяции (Chesney, 1996; Shapiro, 1996). Анализ воздействия депрессии на течение ИБС и ряд исследований показывает, что для больных, страдающих сердечными приступами и пребывающих в состоянии депрессии либо в момент приступа, либо вскоре после него, существует гораздо больший риск коронарных нарушений в будущем и возможной смерти от сердечной патологии (Chesney, 1996; Shapiro, 1996). Например, Фрейшур-Смит и коллеги (Frasure-Smirh et al., 1993) наблюдали за 222 больными на протяжении 6 месяцев после перенесенного ими сердечного приступа. Исследователи обнаружили, что в течение этого времени клинически депрессивные больные умирали в 5 раз чаще, чем пациенты, не страдавшие депрессией. Более того, депрессия настолько же предрасполагала к смерти от болезней сердца, насколько и такие соматические заболевания, как сердечные приступы в анамнезе или сердечная недостаточность. Авторы пришли к выводу, что депрессивное состояние увеличивает относительный риск смерти в 4 раза. Фрейшур-Смит и коллеги (Frasure-Smith et al., 1995) обследовали тех же больных вторично через 18 месяцев после первого сердечного приступа и обнаружили, что депрессия, существовавшая в течение десятидневного срока после него, повышала вероятность смертельного исхода почти в 8 раз (Shapiro, 1996). Аналогичные заключения сделали Ладвиг с коллегами (Ladwig et al., 1994).

Результаты других исследований показали, что клиническая депрессия служит фактором риска для последующего развития ИБС. Пратт и ее коллеги (Pratt et al., 1996), например, на протяжении 14 лет наблюдали за 1500 мужчинами и женщинами, в анамнезе которых не было сердечных заболеваний. Они обнаружили, что 8% из пациентов, перенесших тяжелую депрессию в какой-то момент жизни, и 6% из тех, кто когда-либо испытывал мягкую депрессию, за 14-летний период наблюдения перенесли сердечный приступ. В отличие от них, подобными приступами страдали лишь 3% лиц, в анамнезе которых депрессии не было. При учете ряда других переменных выяснилось, что у лиц, в прошлом страдавших тяжелой депрессией, вероятность развития сердечного приступа повышалась в 4 раза. Сходные результаты были

важно отметить, что точное определение психосоциальных предвестников ИБС остается неоднозначным и противоречивым. Следует учитывать, что факторы, способствующие развитию ИБС у отдельного индивида, крайне запутанны.

Тем не менее важность психосоциальных воздействий для дальнейшего понимания процессов, лежащих в основе ИБС, значительна. Кроме того, открывается возможность спасти жизнь человека путем разработки профилактических терапевтических вмешательств, направленных на изменение паттерна реагирования типа А (или более точно — на изменение его негативного аффективного компонента) у лиц, входящих в группу риска, например, с генетической предрасположенностью

получены в ходе более ранних исследований (Chesney, 1996; Scheier & Bridges, 1995; Shapiro, 1996).

Связь между депрессией и ИБС может осуществляться с помощью двух механизмов. Во-первых, благодаря тому, что люди, страдающие депрессией, могут больше подвергать себя риску развития ИБС. Такие люди, например, чаще бывают курильщиками и, вероятно, реже принимают лекарства при таких состояниях, как повышенное артериальное давление (Chesney, 1996; Kolata, 1997). Кроме того, известно, что депрессивным людям недостает социальной поддержки – еще один фактор, имеющий отношение к ИБС (Eriksen, 1994).

Второй возможный путь может заключаться в том, что депрессию и ИБС связывают друг с другом биологические механизмы. Как говорилось в главе 4, у многих людей, страдающих депрессией, повышено содержание гормона стресса – кортизола. Кроме того, у них в крови отмечается повышенное содержание норадреналина, который способен повышать артериальное давление и частоту сердечных сокращений (Kolata, 1997). Несмотря на то что депрессивные люди могут выглядеть апатичными, повышенная концентрация стрессовых гормонов способна нанести вред. Установлено, что при депрессии наблюдается меньшее изменение частоты сердечных сокращений в ответ на поведенческие изменения (например, при ходьбе, когда, в отличие от сидячего положения сердцебиение учащается). Известно, что учащенное сердцебиение и низкая вариабельность частоты сердечных сокращений связаны с изменениями симпатико-парасимпатического баланса, которые могут усугублять сердечную аритмию, часто являющуюся причиной внезапной смерти (Chesney, 1996; Frasure-Smith et al., 1993).

С учетом значительной коморбидности тревожных расстройств и расстройств настроения, обсуждавшейся в главе 6, неудивительно, что аналогичную связь можно выявить между тревогой и ИБС. О наличии такой связи говорят результаты ряда исследований. Например, Де Сильва с коллегами (De Silva et al., 1993) обнаружили, что для больных с ИБС (у которых выявляется заболевание коронарных артерий, стенокардия или сердечный приступ в анамнезе) существует повышенный риск внезапной смерти при воздействии стрессоров, провоцирующих тревогу. В исследовании Леора с коллегами (Leor et al., 1996) было выявлено пятикратное увеличение числа внезапных смертей кардиального происхождения, последовавшее непосредственно за Калифорнийским землетрясением 1994 года. Смерть была связана прежде всего с эмоциональным стрессом, который вызвало землетрясение (Shapiro, 1996). В другом исследовании зафиксирована связь между фобической тревогой и повышенным риском внезапной смерти от сердечного заболевания. Кавачи с коллегами (Kawachi et al., 1994a) в течение двух лет наблюдали за 34 000 мужчинами-спортсменами, которых оценивали с точки зрения панического расстройства, агорафобии и генерализованной тревоги. Среди мужчин с максимально выраженной фобической тревогой сердечные приступы, сопровож-

к данному заболеванию или с гипертонией. Работа в этой области привела к обнадеживающим результатам (Nunes, Frank & Kornfield, 1987). Исследования, проведенные на современном уровне (Thoreson & Powell, 1992), свидетельствуют о том, что ИБС вызывается враждебным, негативным эмоциональным стилем, и риск ее развития можно снизить путем его изменения. В справке 8.4 «Современная жизнь: Психологические факторы при головных болях» описывается не столь опасное, но достаточно распространенное заболевание, имеющее значительную психогенную основу, — рекуррентные головные боли.

давшиеся летальным исходом, наблюдались в 3 раза чаще, чем у мужчин с минимальной ее выраженностью. Внезапная смерть кардиального происхождения в 6 раз чаще постигала мужчин с максимально выраженной тревогой. Однако *не было* выявлено никакой связи между тревогой и *некатастрофическими* приступами. Результаты были воспроизведены в ходе второго исследования, к которому привлекли приблизительно 2300 мужчин, участвовавших в Нормативном исследовании старения (Kawachi et al., 1994b, 1995).

С учетом указанных тесных связей между депрессией (и тревогой) и риском развития ИБС все больше внимания уделяется необходимости предпринимать терапевтические вмешательства в подобных случаях. Большинство людей с клинической депрессией не получает никакого лечения, что влечет за собой ненужный дополнительный риск возникновения ИБС. Из лиц, страдающих депрессией на момент сердечного приступа, примерно половина остается в депрессивном состоянии или, не получая лечения, переживает рецидив годом позже (Hance et al., 1996). Однако имеются обнадеживающие данные, свидетельствующие о том, что разнообразные лечебные методики могут помочь больным с депрессией, которые уже перенесли сердечный приступ. Линден с коллегами (Linden et al., 1996) опубликовали обзор литературы по психосоциальным факторам при депрессии у больных ИБС. Авторы приводят убедительные подтверждения тому, что психосоциальными вмешательствами можно снизить депрессию, систолическое артериальное давление, частоту сердечных сокращений и уровень холестерина. Более того, больные, которые не получали психосоциального лечения, в 1,7 раза чаще умирали от ИБС и в 1,8 раз чаще переносили очередной сердечный приступ в течение двух лет, чем больные, получавшие лечение в связи с депрессией и тревогой. Лекарственная терапия также считается сегодня более эффективной, чем в прошлом, что связано с появлением нового класса антидепрессантов – селективных ингибиторов захвата серотонина (см. главы 6 и 16), которые в отличие от прежних трициклических антидепрессантов не противопоказаны при ИБС (Chesney, 1996; Shapiro, 1996). Показано, что программы кардиологической реабилитации и лечебной физкультуры, которые часто предлагаются больным, перенесшим сердечный приступ, не только улучшают их физическое состояние, но и значительно способствуют снижению депрессии (Milani et al., 1996).

Рассмотренные выше данные не остались незамеченными сотрудниками Национального института сердца, легких и крови. В настоящее время проводится крупное исследование с участием 3000 больных, которые перенесли сердечные приступы, охватывающее восемь клинических учреждений США и призванное выяснить, действительно ли вмешательства, направленные на снижение депрессии, снижают риск сердечного приступа и смерти от сердечной патологии в будущем. Это обследование – еще одно подтверждение того влияния, которое бихевиоральная медицина оказывает на привлечение психологических, а не только терапевтических воздействий для профилактики заболевания, занимающего в США первое место по количеству летальных исходов.

Общие причины соматических заболеваний

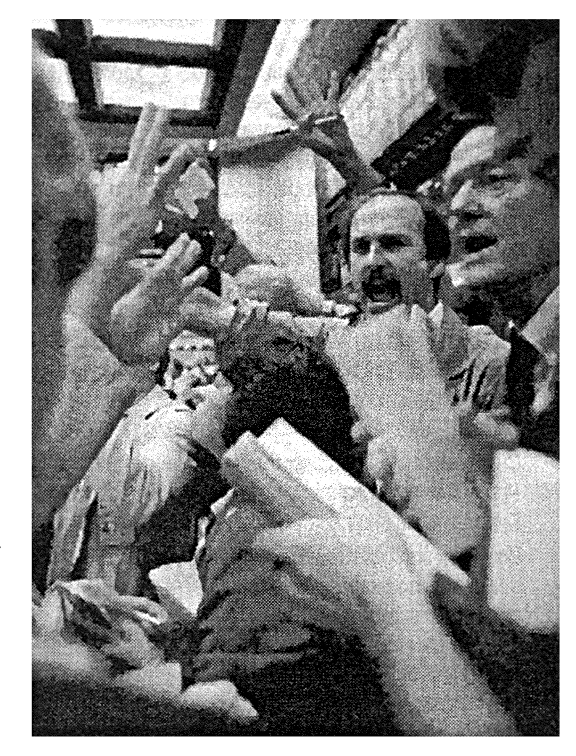
Мы рассмотрели, каким образом негативные установки и мышление, вегетативный эксцесс, иммуносупрессия, вызванная стрессорами, а также влияющий на здоровье стиль жизни могут подрывать биологическую целостность индивида и в дальнейшем, на основе накопленной на данный момент информации, попытаемся обсудить специфические психогенные влияния на этиологию трех чрезвычайно распространенных и подчас опасных для жизни соматических заболеваний: эссенциальной гипертензии, ишемической болезни сердца и рекуррентных головных болей. Ими, однако, далеко не исчерпывается список соматических недугов, имеющих психогенные причины.

В этом разделе мы завершим описание психологических составляющих при соматических заболеваниях. Нас будет особенно интересовать проблема специфичности формирующихся заболеваний, почему в условиях стресса у одного человека развивается анорексия, у другого — гипертония, а у третьего — мигрень.

Биологические факторы

Очевидно, что все болезни сопряжены с биологическими факторами. Мы рассмотрим здесь те факторы, которые, наиболее вероятно, играют роль в определении адекватности реакции индивида на психологические стрессоры.

Генетические факторы. Наши представления о генетических составляющих заболеваний, в том числе тех, которые имеют выраженную психогенную основу, остаются весьма ограниченными. Помимо недостатка необходимых исследований, данный вопрос подразумевает многие сложные моменты. Генетическая предрасположенность может подразумевать: 1) скрытую соматическую уязвимость в отношении той или иной болезни,



Поведенческий паттерн типа А можно наблюдать у некоторых индивидов, оказавшихся в стрессовых или затруднительных обстоятельствах. Паттерн подразумевает чрезмерную тягу к соперничеству, нетерпение, враждебность, а также ускоренную речевую и двигательную активность.

например чрезмерную кардиоваскулярную реактивность при гипертонии; 2) психологическую особенность индивида и его толерантность к стрессу, например агрессивный или заторможенный темперамент и 3) различный характер того или иного взаимодействия между первым и вторым. Если биологические и психологические компоненты повышенного риска к определенному заболеванию имеют от-

СПРАВКА 8.4. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Психологические факторы при головных болях

Хотя головные боли могут быть вызваны многочисленными органическими нарушениями, большинство из них, видимо, связано с эмоциональным напряжением, что подтверждают многие больные. Частыми мигренозными головными болями и болями напряжения страдает свыше 50 миллионов американцев; причем у женщин головные боли наблюдаются явно чаще, чем у мужчин. В ходе одного из опросов Андразик, Холройд и Абелл (Andrasik, Holroyd & Abell, 1979) выяснили, что в большой группе учащихся колледжа 52% жаловались на головные боли, беспокоившие их как минимум один или два раза в неделю.

Исследования, предпринятые в этой сфере, фокусировались главным образом на мигренозной головной боли, которая отличается интенсивностью и рекуррентным течением. Мигрень, хотя обычно и захватывает только одну половину головы, иногда принимает более генерализованный характер и может переходить с одной половины головы на другую. Медики древности много писали о мигрени, однако причина боли оставалась загадкой вплоть до 1940-х годов, когда стали уделять внимание структурам мозга, чувствительным к боли. *«Классическая» мигрень* протекает в две фазы. Первой является *аура*, по-разному переживаемое, но безболезненное нарушение, сопровождающееся необычными сенсорными (особенно зрительными), моторными, а также/или связанными с настроением компонентами. Аура, одно время считавшаяся субъективным эффектом внезапного изменения диаметра сосудов и, следовательно, притока крови к мозгу, сейчас представляется последствием изменений электрической активности мозга. Несомненно, эти два представления не исключают друг друга. В любом случае при формировании патофизиологического процесса, сопровождающегося болью, начинается вторая фаза – фаза интенсивных болей (часто воспринимаемых как пульсирующие боли). Боль, зачастую мучительно жестокая, может длиться часами, днями и в редких случаях – неделями. Приступ мигрени иногда сопровождается тошнотой и рвотой.

«Обычная» мигрень, которая в действительности встречается чаще классической (около 70% от общего числа), отличается главным образом отсутствием ауры. Ее начало, следовательно, часто бывает острым и непредсказуемым. Боль, как и при мигрени классического типа, обычно локализуется в какой-то части головы и достигает мучительной интенсивности. К счастью для страдающего, обычная мигрень чаще всего проходит сама через один или несколько часов. Она, однако, может вернуться через относительно короткий промежуток времени.

С обычной мигренью иногда путают *кластерные головные боли* (иногда называемые *мигренозной невралгией*) – кратковременные стреляющие боли, сосредоточенные в одном глазу. Кластерные головные боли чаще возникают у мужчин.

Все более вероятной представляется связь мигренозных и кластерных головных болей с вариантами нормального физиологического функционирования, а также в ряде случаев врожденного их характера. В настоящее время считается, что кластерные головные боли связаны с нарушенным обменом гистамина. Поэтому для некоторых индивидов роль стресса как фактора, провоцирующего мигренозные или кластерные головные боли, может быть минимальной или вообще отсутствовать.

части врожденную природу, то различить их влияния трудно, тем более в случае, когда проявление одного воздействия модифицируется наличием другого (то есть они «взаимодействуют»).

Несмотря на трудности, связанные с интерпретацией имеющихся результатов исследований, можно сказать, что почти все заболевания многофакторного проис-

Подавляющее большинство головных болей, почти 90%, являются так называемыми *простыми головными болями напряжения.* Они особенно часто сопровождают депрессивное настроение, но в целом роль эмоционального расстройства, способствующего их возникновению, совершенно очевидна. Представляется, что при таких головных болях эмоциональный стресс приводит к сокращению черепных мышц, и эти сокращения могут быть болезненными сами по себе, а кроме того, они способны вызывать сужение сосудов, что также влечет за собой головную боль. Признавая необходимость дальнейших исследований, нельзя исключить, что в основе головных болей обоих типов, мигренозных и напряжения, лежат близкие физиологические процессы, и различие здесь, скорее, в степени, так как с мигренью связаны большие сосудистые (или центральные физиологические) нарушения. Нельзя не учитывать и то, что многие люди страдают головными болями, которые имеют как сосудистое, так и мышечное происхождение.

Мигренозные боли и головные боли напряжения обычно возникают в подростковом возрасте и периодически повторяются в периоды стресса. Боль часто снимается аналгетиками, миорелаксантами или более специфическими препаратами, а также при помощи ряда психологических процедур, вызывающих релаксацию (Blanchard, 1994; Blanchard et al., 1990a; Carlson & Hoyle, 1993). К последним процедурам относится *биологическая обратная связь*, метод, при котором индивида обучают воздействию на его собственные физиологические процессы (Blanchard, 1992; Blanchard et al., 1990b). Из двух типов болей мигренозные обычно более мучительны и медленнее поддаются лечению, чем простые головные боли напряжения. Указанные психологические методы болевого контроля собрали впечатляющую прессу, сопровождаясь, как правило, позитивными «побочными эффектами» (например, снижением тревоги и депрессии) (Blanchard, 1992).

Предполагаемая психологическая предрасположенность к психогенным головным болям не так очевидна, как в случае других расстройств, рассматриваемых в этой главе. Для людей, страдающих головными болями, особенно важным представляется взаимодействие личностных факторов с отдельными разновидностями стрессоров (Levor et al., 1986). Например, высокодисциплинированные люди могут особенно страдать из-за событий, которые нарушают их расписание. В действительности клиницисты издавна придерживались того мнения, что индивид со склонностью к головным болям стремится чувствовать себя «хозяином положения» и контролировать все события (например, Hafen et al., 1996; Williams, 1977).

Традиционные взгляды на склонность к головным болям и личностные факторы могут быть неприменимы в случае мигрени. Психологическое тестирование страдающих ею лиц показало относительно нормальные профили. Более явная психопатология отмечена у лиц, страдающих головными болями напряжения (Andrasik et al., 1983). Существуют также некоторые независимые данные (Lehrer & Murphy, 1991), согласно которым больные с головными болями напряжения отличаются необычной чувствительностью к стрессу и болевым переживаниям. Эти данные подтверждают уже высказанное предположение о том, что головные боли напряжения могут быть более информативными в плане психологических проблем, чем мигренозные головные боли.

хождения отчасти наследуются в семьях. Фактором такого семейного сходства может быть социальное научение (например, ситуация, когда дети моделируют неадекватные навыки родительского копинга). При оценке психогенных аспектов соматических заболеваний мы, как и в других областях психопатологии, пытаемся решить проблему дифференцирования генетических влияний и воздействий окружающей среды.

Можно ожидать, что открытия в этой области знаний умножатся благодаря успешному осуществлению проекта по расшифровке генома человека, огромной федеральной программы по составлению полной генетической карты жизнедеятельности людей. Есть достаточные основания надеяться, что в эти открытия войдут и дополнительные сведения о врожденной предрасположенности к заболеваниям, равно как и о релевантных для здоровья поведенческих тенденциях. Пломин (Plomin, 1998), например, недавно провел идентификацию разных аллелей в составе гена 11-й хромосомы, ответственного за синтез рецепторов к допамину типа *D*4, расположенных на дендритах нервных клеток. Предполагают, что *D*4-рецептор оказывает воздействие на работу лимбической системы головного мозга, которая участвует в реализации многих эмоциональных и мотивационных процессов при развитии психогенных заболеваний.

Психосоциальное взаимодействие. Исследования такого рода дают основание надеяться, что любая врожденная предрасположенность к определенному заболеванию в будущем будет модифицирована обстоятельствами психосоциальной жизни индивида. Например, установлено, что роль наследственных факторов при ИБС значительна. Исследование было проведено на 32 парах однояйцевых близнецов мужского пола в возрасте от 42 до 67 лет, где в каждой паре только один из братьев страдал ИБС. При подобном родстве генетическое влияние одинаково для каждой пары. Наличие ИБС только у одного из близнецов в каждой паре дает основание предположить существование сопоставимого *генетического* риска для второго близнеца. Исследователи обнаружили, что близнецы, страдавшие сердечными заболеваниями, были больше ориентированы на труд, меньше отдыхали, имели больше бытовых проблем и испытывали большую неудовлетворенность жизнью, чем их более здоровые братья (Liljefors & Rahe, 1970). В данном случае общая генетическая предрасположенность к ИБС находила выражение лишь у тех близнецов, чья жизнь была отмечена чрезмерной психосоциальной дезорганизованностью. Авторы предположили, что фактические эффекты, по всей вероятности, значительного (ввиду относительно молодого возраста субъектов) генетического риска снижались под действием такого фактора, как жизненный стиль. Однако сложность интерпретации такого рода исследований сохранится и после того, как мы получим полную карту ДНК человека.

Различия в вегетативной реактивности и соматической уязвимости. Известно, что индивиды значительно отличаются друг от друга по темпераменту. Даже у совсем маленьких детей можно видеть заметные различия в их восприятии неприятных стимулов; так, некоторые младенцы реагируют на подобные стрессоры лихорадкой, другие — пищеварительными расстройствами, а третьи — нарушением сна. Такие различия в реактивности сохраняются в зрелом возрасте и объясняют, по-видимому, разную восприимчивость к психогенным заболеваниям и болезням, кото-

рые наиболее вероятны у данного конкретного индивида. Как указывалось выше, человек с врожденной тенденцией к реагированию на стрессоры повышенным сердечным выбросом и вазоконстрикцией может подвергаться особому риску развития хронической гипертензии (Friedman & Iwai, 1976; Turner, 1994). Подобным образом у человека, который реагирует на стрессоры усилением кишечной перистальтики, скорее разовьется так называемый «синдром раздраженной толстой кишки».

Отдельный орган может оказаться особенно ранимым в силу наследственности, болезни или предшествующей травмы. Человек, который унаследовал или приобрел слабость желудка, в минуты гнева или тревоги будет подвержен желудочно-кишечным расстройствам. Вероятно, что самым слабым звеном в цепи внутренних органов окажется пораженный орган. Однако следует проявлять осторожность во избежание суждений *ex post facto*, и при заболевании отдельного органа нельзя делать вывод о его изначальной предрасположенности к заболеванию. Кроме того, как мы увидим, главную роль в определении органной системы, которая в будущем будет поражена, может играть обусловливание.

Нарушение физиологического равновесия. Человеческий организм — крайне сложная биологическая система, для выживания и адекватного функционирования которой необходима развитая сеть мониторов и механизмов обратной связи, обеспечивающих протекание жизненных процессов в определенных границах. Регуляция гомеостаза осуществляется главным образом головным мозгом. Повреждение такой регуляции приводит к чрезмерной активации вегетативной нервной системы, эмоциональные реакции индивида усиливаются, а его физиологическое равновесие, нарушенное под действием стрессовых событий, не восстанавливается в нормальные сроки (Anderson & McNeilly, 1993; Halberstam, 1972; Lebedev, 1967; Schwartz, 1989; Turner, 1994). Впоследствии процесс может принять хроническую форму, как это бывает, например, при эссенциальной гипертензии. Кроме того, чрезмерная активация гипоталамуса может привести к нарушению синтеза адренокортикотропных гормонов, которые участвуют в регуляции иммунитета к различным заболеваниям. Следовательно, реакция головного мозга на стрессорные события может привести к нарушениям в работе ряда регуляторных механизмов и подорвать иммунную систему организма.

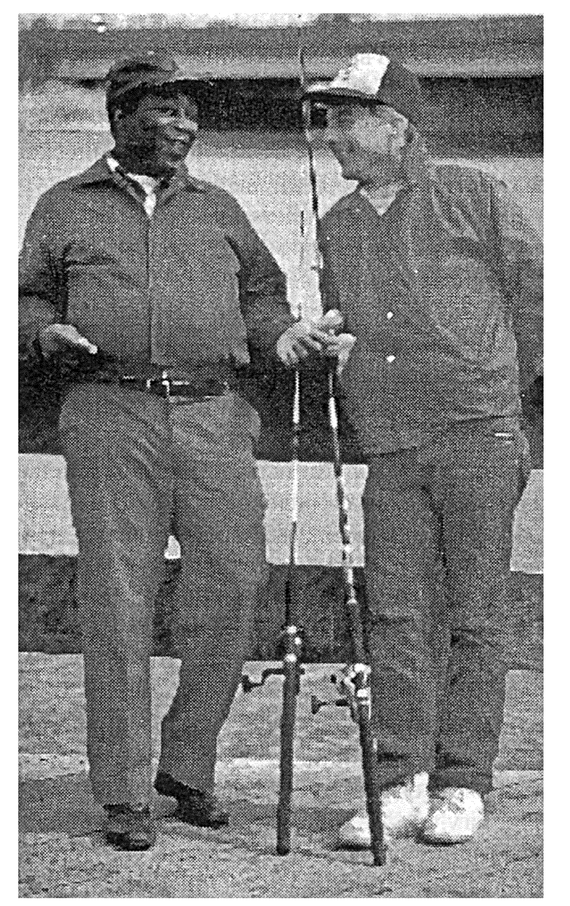
При оценке роли биологических факторов в развитии психогенных заболеваний большинство исследователей учитывают все описанные процессы. В настоящее время наибольшее внимание уделяют индивидуальным особенностям деятельности вегетативной нервной системы, гормональным нарушениям, уязвимости пораженных органных систем и возможным нарушениям механизмов контроля над ними со стороны головного мозга.

Психосоциальные факторы

Несмотря на наличие данных о возможной роли психологических факторов при возникновении многих заболеваний, до сих пор не до конца установлено, что именно и как оказывает такое воздействие. Имеющиеся результаты исследований часто не совпадали и даже противоречили друг другу. Исследователи анализировали личностные характеристики (включая неспособность к усвоению адекватных паттернов копинга), межличностные отношения и научение биологическим дисфункциям.

Личностные характеристики. Если бы мы могли четко обрисовать «предрасположенную к заболеваниям» или «гипертоническую» личность, выделив ее особенности, соответствующие признакам определенных болезней, то это имело бы огромную ценность для понимания и лечения этих форм патологии и даже их профилактики. Таким же полезным было бы четкое описание так называемой «устойчивой к болезням» личности — той, что описывается в литературе как личность с высокой «выносливостью», или способностью противостоять стрессу и его последствиям (см., например, Hafen et al., 1996). Результаты исследований подтверждают существующее мнение о связи негативных установок по отношению к себе и миру (включая живущих в нем людей) с большим физическим и психическим нездоровьем (особенно с депрессией). Но, как мы увидели ранее при описании личности, «предрасположенной к коронарной патологии» (типа А), старания идентифицировать специфические связи между особенностями личности и отдельными заболеваниями потерпели неудачу в силу большого разнообразия людей и болезней, которые они приобретают.

Несмотря на обнаруженный Кидсоном (Kidson, 1973) факт наличия большей неуверенности, тревожности, впечатлительности и даже злости у гипертоников по сравнению с людьми, не страдающими гипертонией, значительная часть последних также обладает указанными качествами. При установлении связи между поведением типа А (или каким-то его компонентом) с ИБС и сердечными приступами следует учесть, что большинство представителей типа А не страдает никакой коронарной патологией, тогда как у некоторых представителей типа Б она присутствует (еще раз обратитесь к рис. 8.3). Следовательно, взаимоотношения между отдельными личностными переменными и



Несмотря на то что у многих людей типа А нет коронарной патологии, тогда как у некоторых представителей типа Б она есть, вероятно, структура личности играет важную роль в предрасположенности индивида к нездоровью или к здоровью.

патологическими процессами, при всей своей очевидности, сложны и трудноуловимы (см. Friedman et al., 1994).

Мы не знаем, почему у некоторых людей с личностными характеристиками, предрасполагающими к болезни, соответствующая патология не развивается, а среди людей, страдающих одним и тем же соматическим заболеванием, широко представлены самые разнообразные личности. Можно лишь заключить, что отдельные личностные факторы ненадежным, но значимым образом коррелируют с возникновением тех или иных заболеваний.

Межличностные отношения как источник защиты. Ранее мы неоднократно отмечали деструктивные эффекты, которые оказывают стрессовые межличностные паттерны, включая неудачные браки и развод, на личностное приспособление. Подобные паттерны могут влиять и на физиологическое состояние человека. В действительности смертность от разнообразных причин, включая соматические заболевания, значительно выше среди людей, которые недавно столкнулись с супружескими проблемами или разводом, чем среди общей популяции (Bloom et al., 1978; Burman & Margolin, 1989; Siegel, 1986). Кончина одного супруга(и) также подвергает другого повышенному риску, при этом мужчины тяжелее реагируют на смерть жен, чем жены на смерть мужей (Hafen et al., 1996; Stroebe & Stroebe, 1983).

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что связь с другими людьми через отношения взаимной поддержки, которая наблюдается в благополучных семьях, является важным фактором защиты и сохранения физического здоровья. Результаты научных исследований убедительно подтверждают этот вывод и позволяют распространить его за пределы семейных отношений. Наличие прочной социальной поддержки — важное условие для сохранения хорошего здоровья; а одиночество, напротив, предвещает многочисленные недуги, которые часто становятся причиной смерти (Hafen et al., 1996). В своей книге «Разбитое сердце» Линч (Lynch, 1977) убедительно доказывает, что относительно высокая частота сердечных заболеваний в индустриальных обществах отчасти связана с отсутствием позитивных человеческих отношений. Дэвид Шпигель (Spiegel, 1991), известный психиатр из Стэнфордского университета, обнаружил, что среди тяжело больных женщин, страдавших раком груди и получавших групповую психотерапию (в ходе которой устанавливалась прочные взаимоподдерживающие связи), средняя выживаемость в 2 раза превышала ту, которая наблюдалась в аналогичной группе больных, получавших только стандартную врачебную помощь.

Научение нездоровью. И. П. Павлов и в последующем многие другие исследователи продемонстрировали возможность возникновения вегетативных реакций в ответ на определенный стимул, например слюноотделение. В течение длительного времени считалось, что люди не в состоянии научиться контролю над такого рода реакциями. В настоящее время это предположение считается ошибочным. Возможно не только непроизвольное обусловливание вегетативных реакций при помощи классической павловской модели, но и оперантное обусловливание деятельности вегетативной нервной системы.

Следовательно, некоторые соматические расстройства могут возникать из-за случайного подкрепления симптомов и поведенческих паттернов. «У ребенка, которому вновь и вновь разрешают не ходить в школу и оставаться дома, как только у него расстроится желудок, могут возникнуть висцеральные реакции, состоящие

в хроническом нарушении пищеварения» (Lang, 1970, p. 86). Аналогичным образом возможна ситуация, когда девочка-подросток не привлекает к себе никакого внимания из-за «примерного» поведения, но может оказаться в центре внимания, если начнет голодать и доведет себя до тяжелого истощения. При сохранении этого паттерна она может в последующем любой ценой избегать прибавки в весе и соответственно усвоить глубокое отвращение к пище. Можно предположить, что растущая тревога родителей и окружающих послужат мощным подкреплением дальнейшего отказа от приема пищи.

Несмотря на то что в большинстве случаев в возникновении психогенных заболеваний играют роль другие, отличные от обусловливания, факторы, очевидно, что независимо от возможного механизма развития соматического заболевания его можно вызвать внушением и поддержать подкреплением, которое связано с **вторичной выгодой**, косвенными преимуществами болезненного поведения. Роль внушения была продемонстрирована в классическом исследовании, где у 19 из 40 добровольцев-астматиков симптомы астмы развивались после того, как они вдыхали пары солевого раствора, в котором (по ложной информации) содержались аллергены — пыль или пыльца растений. У 12 субъектов фактически развился полномасштабный приступ астмы. В то же время при вдыхании испарений, в которых, как им было сказано, содержался противоастматический препарат (в действительности — пары того же раствора), симптомы астмы моментально исчезали (Bleeker, 1968). В этом исследовании наглядно показан эффект, оказываемый внушением на вегетативно опосредованную реакцию. Почему не отреагировали остальные субъекты, 21 человек, установить не удалось.

Следовательно, некоторые соматические расстройства могут либо возникать, либо поддерживаться, а может быть и то и другое, как и в случае других поведенческих паттернов. Этот факт является основным постулатом бихевиоральной медицины и психологии здоровья, которые, в частности, изучают способы изменения явных и скрытых реакций на патологические процессы с помощью разнообразных психотерапевтических методов модификации поведения (Blanchard, 1994; Bradley & Prokop, 1092; Gentry, 1984; Hafen et al., 1996; Stone et al., 1987; Williams & Gentry, 1977; см. также специальный выпуск «Журнала консультирования и клинической психологии», август, 1992 [vol. 60, no. 4]). К модификации поведения прибегают и при контроле над болью (Keefe, Dunsmore & Burnett, 1992), которая становится серьезным осложнением многих соматических заболеваний. Сильная или хроническая боль снижает качество жизни больного независимо от проблем, которые возникают при лечении самой болезни, и может нарушать иммунный ответ и подрывать способность организма к выздоровлению. Следовательно, успешное научение техники контроля над болью может приостановить развитие заболевания, которое является ее причиной.

Социокультурные факторы

Частота некоторых соматических и психических расстройств варьирует во времени, в зависимости от общества, а также в различных слоях одного и того же общества. Заболевания, которые Кэннон (Cannon, 1929) назвал болезнями цивилизации, не встречаются в доиндустриальных обществах, например, среди аборигенов Западной Австралийской пустыни (Ridson & Jones, 1968), аризонских индейцев навахо или

некоторых обособленных этнических групп в Южной Америке (Stein, 1970). Однако как только в этих обществах наступают социальные перемены, появляются желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и другие психогенные заболевания. Есть данные об изменении характера и частоты встречаемости таких расстройств в Японии, возникших одновременно с колоссальными социальными переменами, которые произошли после Второй мировой войны (Ikemi et al., 1974). Например, с проникновением в японскую культуру после войны западных идеалов и норм заметно повысилось количество больных гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Почти все ведущие ученые сходятся в том, что современные широко распространенные нарушения питания у молодых американок становятся в основном результатом социокультурных влияний, прежде всего благодаря средствам массовой информации, пропагандирующим моду на крайнюю худобу как идеал женской фигуры. Как отмечалось выше, все больше данных свидетельствует о распространении этой проблемы не только среди представительниц среднего класса, но и среди других слоев общества. В этой связи, помимо нереалистичных стандартов форм тела, следует отметить крайне затруднительные и противоречивые ролевые ожидания, которые современное общество предъявляет к молодым женщинам по поводу приобретения «взрослого» возрастного статуса. Они должны быть сексуально привлекательными, преуспевать экономически и проникаться духом соперничества, а также быть безупречными домохозяйками и матерями. Неудивительно, что у некоторых девочек-подростков развивается «страх созревания», из-за которого они предпочитают оставаться детьми хотя бы в физическом отношении.

Таким образом, любые социокультурные условия, которые повышают жизненный стресс, оказывают разрушительное воздействие на организм человека и ведут как к росту заболеваемости, так и к другим физическим и психическим проблемам.

Лечение и исходы

Отдельный стрессор может быть основной причиной в развитии соматического заболевания, однако его устранения даже в сочетании с научением более эффективным техникам копинга может быть недостаточно для выздоровления пациента в случае возникновения органических нарушений, которые могут перейти в хроническую форму.

Лечение психогенных соматических заболеваний, как и лечение голодания, наблюдаемого при нервной анорексии, должно начинаться с тщательной оценки характера и тяжести органической патологии. Если болезнь прогрессирует и/или представляет угрозу для жизни, то для уменьшения тяжести патологического состояния может потребоваться немедленное врачебное вмешательство. При стабилизации физического состояния пациента необходимо выработать план комплексного вмешательства, основанного на принципах бихевиоральной медицины. Последнее призвано изменить или устранить перманентную основу, на которой возникают те психосоциальные и социокультурные факторы, которые связаны с развитием или сохранением заболевания.

Методы рекомендуемого лечения аналогичны тем, которые применяются в терапии психических расстройств вообще, исключение составляют лишь состояния, сопровождающиеся серьезной органической патологией. Исходы в этих случаях

тоже достаточно благоприятны. Далее мы кратко суммируем основные современные лечебные подходы, не останавливаясь на подробном описании методов лечения и исходов при каждом расстройстве. Более подробное обсуждение упомянутых видов терапии можно найти в главах 16 и 17.

Биологические методы

Помимо неотложной помощи при гипертоническом кризе или аорто-коронарному шунтированию при ИБС, биологическое лечение часто включает в себя назначение транквилизаторов бензодиазепинового ряда (например, валиума, ксанакса), действие которых направлено на снижение эмоционального напряжения. Такие препараты не устраняют стрессовую ситуацию и не затрагивают реакции, направленные на ее преодоление. Однако устраняя эмоциональное напряжение и симптомы дистресса, они способствуют перераспределению внутренних ресурсов пациента и разработке более эффективных способов преодоления жизненных проблем. Несомненно, медики не должны слишком поспешно назначать транквилизаторы с целью оградить пациентов от повседневного стресса вместо поисков путей его разрешения. Некоторые пациенты могут излишне полагаться на подобные назначения и паллиативные, симптоматические методы лечения вместо анализа и оценки своего часто деструктивного образа жизни. Необходимо учитывать и достаточно реальную опасность физиологической зависимости, которую могут вызвать указанные препараты.

В случаях, когда значимым этиологическим фактором оказывается хронически депрессивное настроение, возможно лечение антидепрессантами. Такие современные антидепрессанты, как селективные ингибиторы захвата серотонина (например, прозак и золофт), обладают меньшими побочными эффектами, чем их ранние аналоги, и потому лучше переносятся больными, которые часто страдают от многочисленных соматических симптомов. Однако здесь, как и в случае приема транквилизаторов, могут быть свои недостатки, связанные со слишком быстрым переходом к этой форме паллиативного лечения депрессии. Когнитивно-бихевиоральная терапия, при которой пациент лучше осознает свои негативные допущения и приступает к активной борьбе с ними, позволяет добиться более устойчивого изменения факторов, способствующих формированию депрессивного состояния.

Другие препараты, аналогичные тем, которые применяются при высоком артериальном давлении, назначаются при наличии соответствующих показаний. Появление никотинового пластыря и никотиновой жевательной резинки стало благом для людей, желающих бросить курить.

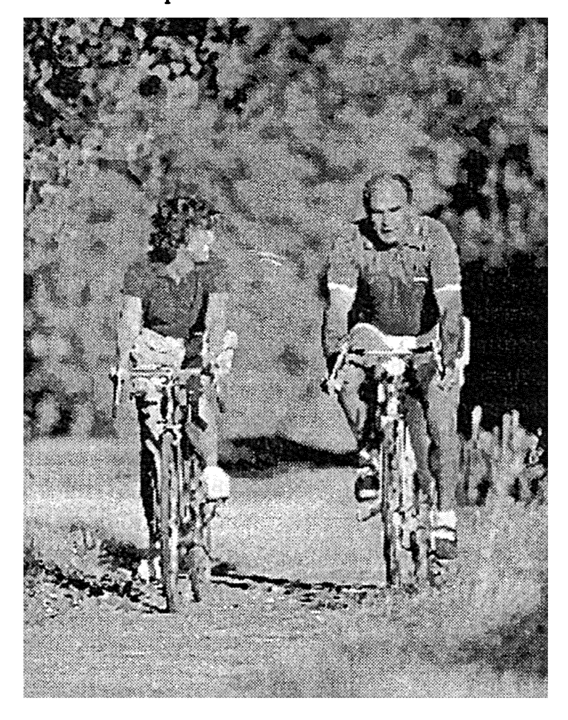
Психосоциальные методы

Различные формы неспецифической, вербально ориентированной психотерапии, применяемые для оказания помощи больным в осмыслении их личностных проблем, оказались, за некоторыми исключениями, сравнительно неэффективными в лечении психофизиологических нарушений. Самая эффективная разновидность такой терапии — когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ), рассмотренная при обсуждении лечения нервной булимии. (Дальнейшее обсуждение разновидностей психотерапии, упомянутых в этом разделе, см. в главе 17.)

Традиционная психотерапия

Следует отметить, что хотя психоаналитическая теория выявляет связи между эмоциями и внутренними болезнями, она мало повлияла на лечение психогенных соматических расстройств (Agras, 1982). В специальной литературе не представлены психоаналитические подходы, способные приводить к надежным и предсказуемым терапевтическим результатам. С другой стороны, для многих больных с психогенными заболеваниями «самораскрытие», подобное тому, что происходит при систематическом ведении записей о жизненных проблемах, представляется эффективной терапией (Pennebaker, 1997; Smyth, 1998). Недавно Келли, Ламли и Лейзен (Kelley, Lumley & Leisen, 1997), используя данный метод, продемонстрировали позитивные изменения в функционировании пораженных суставов у группы больных ревматоидным артритом. Больные, получающие такую терапию, в активной фазе лечения (письмо) нередко испытывают *усиление* эмоционального дистресса, но впоследствии, при дальнейшем наблюдении, демонстрируют улучшение соматического состояния. Это явление может объясняться как минимум двумя причинами: 1) возможностью пережить эмоциональный катарсис или «выпустить пар» и 2) воодушевлением, которое придает такое письмо, способствуя переосмыслению жизненных проблем и представляя своего рода когнитивную терапию. «Активные ингредиенты» такой терапии письмом до сих пор не удалось установить.

Биологическая обратная связь как метод лечения психогенных заболеваний (см. главу 17), несмотря на определенные успехи (в лечении, например, головных болей [Blanchard, 1992, 1994; Blanchard et al., 1990b]), до последнего времени так и не смогла оправдать надежд, с которыми было встречено ее появление около 30 лет тому назад. Результаты ее действия оказались настолько малы и недолговечны, что не имели клинического значения и редко превосходили те успехи, которых можно было добиться более простыми (и дешевыми) способами, например проведением тренинга последовательной релаксации, не оснащенного биологической обратной связью (Carlson



Образ жизни, особенно тот, где большое внимание уделяется физкультуре, является важным фактором поддержания здоровья.

& Hoyle, 1993; Reed, Katkin & Goldband, 1986), или обучением пациентов медитации (Hafen et al., 1996).

Сейчас эта ситуация может измениться, хотя до сих пор неизвестно преимущество метода с использованием биологической обратной связи перед усовершенствованным методом обучения больных релаксацией. В последние годы звучат обнадеживающие сообщения о значительном улучшении оснащения, используемого учеными, занимающимися системой обратной связи, об использовании этой техники в сфере бихевиоральной медицины. Так, Флор и Бирбаумер (Flor & Birbaumer, 1993) сообщили о перспективах использования электромиографической (регистрирующей мышечный тонус) биологической обратной связи для контроля над болями в скелетной мускулатуре.

Поведенческая терапия

Методы модификации поведения основаны на том факте, что вегетативным реакциям можно научиться, а значит, можно и разучиться. В случае, уже ставшем классическим, больная, 17-летняя Джун К., принималась чихать через каждые несколько секунд, что длилось часами на протяжении пяти месяцев. Врачи не могли ей помочь. Психолог провел ей курс поведенческой терапии.

Разбор случая: безостановочное чихание. Терапевт воспользовался сравнительно простым, маломощным электрошоковым устройством, которое приводилось в действие звуком — чиханием Джун. Ей наложили на предплечье электроды, и в течение 30 минут каждый раз, когда она чихала, получала легкий удар током. После десятиминутного перерыва электроды перенесли на другую руку. Часа через четыре чихание у Джун, происходившие каждые 40 секунд, прекратились. После этого у нее произошло лишь несколько чихов, совсем не тех, сухих и мучительных, которые так долго высасывали из нее силы. «Мы надеемся, что вы больше не будете чихать», — осторожно сказал терапевт. «И я надеюсь, — огрызнулась Джун. — Я больше не хочу видеть эту машину» (*Time*, 17 июня 1966, р. 72).

Катамнез показал, что результатом добавления умеренной «поддерживающей терапии» стало отсутствие чихания в течение 16 месяцев (Kushner, 1968).

Многими исследователями изучалось воздействие разнообразных методов поведенческой релаксации на отдельные заболевания, связанные со стрессом (Carlson & Hoyle, 1993; Hafen et al., 1996). В результате были получены разноречивые, хотя и обнадеживающие результаты. Установлено, что простые головные боли напряжения вполне поддаются лечению процедурами общей релаксации (Blanchard, 1992; Blanchard et al., 1990a; Cox, Freundlich & Meyer, 1975; Tasto & Hinkle, 1973). Те же подходы были не столь эффективны при лечении эссенциальной гипертензии (Blanchard et al., 1979; Johnson, 1987; Schwartz, 1978; Surwut, Shapiro & Good, 1978), особенно по сравнению с действием гипотензивных средств (Wadden et al., 1985).

Эффективность исключительно поведенческого подхода к лечению психогенных соматических расстройств еще предстоит установить. Возможно, что поведенческие подходы принесут наибольшую пользу в ходе искоренения вредных привычек, таких как курение и злоупотребление алкоголем, в комплексе систематических программ по обучению самоконтролю и изменению образа жизни (Blanchard & Andrasik, 1982; Goldfried & Merbaum, 1973; Weisenberg, 1977). Такие программы

могут быть особенно важны в период выздоровления после сердечного приступа (Ketterer, 1993; Oldenburg et al., 1985). Получена информация о некотором успехе, достигнутом в ходе модификации жизненных стилей типа А (Nunes et al., 1987; Thoreson & Powell, 1992).

Когнитивно-бихевиоральная терапия

Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) оказалась достаточно успешной в лечении нервной булимии. В то же время КБТ была эффективна при лечении как головных (Keefe et al., 1992), так и других болей. В работе Сандерса и коллег (Sanders et al., 1994) отмечается, что КБТ-ориентированная семейная терапия гораздо успешнее обычного педиатрического лечения рекуррентных абдоминальных болей у детей. Позднее Дил с коллегами (Deal et al., 1997) продемонстрировали эффективность КБТ при «синдроме хронической усталости», этиологический статус которого продолжает оставаться предметом споров (например, Jason et al., 1997).

Некоторые методы КБТ применялись с целью преодоления стресса (Hafen et al., 1996). Данные подходы эффективно исправляют дезадаптивные паттерны поведения, характерные для личностей типа А: постоянную спешку, раздражительность и враждебность (Jenni & Wöllersheim, 1979). В ходе исследований, посвященных обучению пациентов преодолению стрессовых и провоцирующих головные боли ситуаций, исследователи продемонстрировали, что методика преодоления стресса способна снизить частоту болей (Holroyd & Andrasik, 1978; Holroyd, Andrasik & Westbrook, 1977). Кобаса (Kobasa, 1985) и другие исследователи разработали когнитивно-бихевиоральные методы, направленные на повышение выносливости и умение противостоять стрессовым обстоятельствам, оставаясь здоровым. Эти методы, направленные на обучение людей применению более эффективных навыков копинга с целью снижения стресса и, следовательно, соматической симптоматики и заболеваний, будут подробнее рассмотрены в главе 17.

Социокультурные методы

Социокультурные методы лечения в большей степени направлены на профилактику и применяются обычно в отношении отдельных народностей или субкультурных групп, в которых прослеживается риск возникновения расстройств, о чем будет подробнее сказано в главе 18. Внутри этих групп усилия направляются, прежде всего, на изменение определенных, отражающих образ жизни паттернов поведения с целью снижения общего уровня восприимчивости к расстройствам. Курение, например, сопряжено с повышенным риском возникновения рака легких и сердечно-сосудистых заболеваний. Для снижения риска развития этих патологий систематически прилагались усилия для сокращения и профилактики курения. Аналогично есть некоторая связь между диетой с повышенным содержанием холестерина и ишемической болезнью сердца; в этом случае усилия были направлены на то, чтобы убедить людей изменить пищевые привычки и снизить заболеваемость ИБС в общей популяции. Очевидно, что такие вмешательства требуют настойчивого убеждения совместно с использованием средств массовой информации, а в отношении курения даже запрещающих поправок в федеральном и местном законодательстве (например, запрет на курение в самолетах, ресторанах и на рабочих местах).

По мере того как мы все больше узнаем о роли биологических, психосоциальных и социокультурных факторов в этиологии целого ряда заболеваний, возрастает возможность выявления отдельных лиц и групп людей с высоким риском развития определенной патологии: девочек-подростков, которые слишком усердно придерживаются диеты; лиц с хроническим негативным аффектом, предрасположенных к сердечным заболеваниям; сексуально активных молодых холостяков, а также групп, проживающих в ненадежных и быстро меняющихся условиях. В этом отношении программы, призванные стимулировать изменения в дезадаптивном образе жизни и выправлять патологические социальные условия, представляются поистине спасительными и чрезвычайно ценными.

Нерешенные проблемы:

Медицинское образование и практика

В заключительных разделах главы 1 мы отметили, что для полного понимания психических и поведенческих аномалий необходимо, чтобы строго объективный и научный подход к предмету был дополнен пониманием человеческих качеств, которые не так-то легко рассмотреть при помощи научных методов. Мы, в частности, упомянули надежду, веру, отвагу и отчаяние. Это предупреждение особенно уместно на стыке анормальной психологии и соматической медицины. Как стало очевидно из данной главы, это взаимодействие простирается весьма широко, захватывая практически весь спектр соматических заболеваний.

В этой главе мы отметили, что большую часть своей истории медицина выживала и процветала не столько потому, что располагала эффективными средствами лечения болезней, сколько потому, что врачи невольно полагались на силу реакций плацебо у своих больных. Когда медицина вступила в современную эру, она стала все больше и больше превращаться в прикладной аспект стремительно развивающейся и технологически оснащенной биологической науки. Достигнут колоссальный прогресс в лечении и фактическом искоренении болезней, некогда считавшихся бичом человечества, что было исключительно заслугой строгого научного подхода, избранного медициной.

Появляется все больше признаков того, что в порыве научного энтузиазма и «объективного подхода», который наука требует от практических работников, у врачей возникает соблазн превратиться в обычных техников, просто использующих чудеса современной медицинской науки. Этот соблазн усугубляется экономическими тенденциями и соответствующим развитием медицины «контролируемого ухода», при котором возможности врача сокращаются, а пациентам зачастую оказывается медицинская помощь конвейерным способом. Налицо явная и растущая обеспокоенность общественности данной моделью «оказания услуг», что видно, например, по возрастающему интересу к «альтернативной» медицине, потоку публикаций на темы самолечения и повышенному интересу членов Конгресса США к деталям врачебной практики.

С учетом достижений бихевиоральной медицины в освещении рассмотренных в этой главе сложных связей между сознанием, телом и обществом при возникно-

вении заболевания данные тенденции в практической медицине во многом противостоят тому, что требуется для подлинно всестороннего понимания природы индивидуальной патологии и подхода к ее профилактике и лечению. Создается впечатление, что нынешняя перестройка системы оказания медицинских услуг до сих пор игнорировала то, чему научила нас бихевиоральная медицина, и в той же мере взяла на вооружение модель лечения болезни, которая уже не эффективна, если она вообще когда-либо была таковой.

Резюме

Эта глава начинается с анализа расстройств питания у лиц подросткового и раннего зрелого возраста, расстройств, которые в США и других странах достигли эпидемического масштаба. Данная патология наблюдается преимущественно у женщин и большей частью считается связанной с пропагандируемыми в средствах массовой информации нереалистичными стандартами худобы, определяющими женскую красоту и привлекательность. Несмотря на значительную неоднородность паттернов расстройств питания, мы сконцентрировали внимание на трех основных типах, к которым относятся: 1) нервная анорексия — тяжелое ограничение себя в пище, которое либо сопровождается, либо не сопровождается перееданием и чистками; 2) нервная булимия — частое переедание с компенсаторными паттернами поведения, подразумевающими либо очистительные, либо неочистительные методы, и 3) расстройство переедания (РП), частое переедание при незначительном компенсаторном поведении или его отсутствии. Самый опасный из них — паттерн нервной анорексии, так как он может привести к летальному исходу, вызванному голоданием, а также к суицидному поведению. Среди больных с расстройствами питания прослеживаются тенденции к наличию ряда общих особенностей личности и семейных паттернов, например перфекционизма. Лечение нервной анорексии особенно трудно и часто затягивается.

Установлено, что эмоциональные факторы влияют на развитие многих соматических расстройств и играют важную роль в течении болезненных процессов. Официальный диагностический разряд I оси, «Психологические факторы, воздействующие на соматическую патологию», характеризует признание нашего представления о широкой распространенности таких эффектов. Подобным же образом сравнительно новая отрасль, бихевиоральная медицина, свидетельствует о признании этих влияний и стремится вывести наши представления о болезни за рамки традиционного медицинского интереса к физическому поражению органов и их систем.

Влияние психологических переменных на здоровье осуществляется через реакции вегетативной нервной системы на стресс, что иногда заканчивается прямым повреждением органа. Кроме того, указанное влияние подтверждается все новыми и новыми данными, согласно которым психосоциальные проблемы, включая негативные эмоции, способны воздействовать на иммунную систему, нарушая ее функционирование, что делает индивида более подверженным болезнетворным микробам и вирусам. Вредные привычки и образ жизни также повышают риск развития соматических заболеваний, что наиболее очевидно в случае курения и высокорискованном сексуальном поведении.

Психическая уязвимость перед лицом отдельных заболеваний имеет специфику в меньшей степени, чем это подразумевалось прежними доктринами. Печально знаменитые гипертония и ишемическая болезнь сердца представляются связанными с хроническими негативными эмоциями. Установлено, что поведенческий паттерн типа А или, скорее, его компонент, генерализованная враждебность, является независимым фактором риска развития ИБС, которая часто приводит к летальному исходу. Подтверждена роль, которую играют в этиологии многих соматических заболеваний общие и специфические психосоциальные факторы, в том числе объем и качество отношений между людьми.

При поиске этиологических паттернов заболевания необходимо уделять особое внимание биологическим факторам, включая генетическую предрасположенность, чрезмерную вегетативную реактивность и возможную слабость отдельных органов. Эти показатели следует учитывать при планировании лечения каждый раз, когда возникает заболевание, и независимо от точности данных, касающихся психологической составляющей в его развитии.

Общим фактором при многих социально опосредованных соматических заболеваниях является несостоятельность индивидуальных ресурсов копинга, предназначенных для преодоления стрессовых жизненных обстоятельств. В ликвидации этой опасной для здоровья проблемы перспективна, в частности, когнитивно-бихевиоральная терапия.

ГЛАВА 9

Расстройства личности

В идеале люди продолжают развиваться и изменяться на протяжении всей жизни. В конце концов, успешное приспособление в ходе жизненного цикла связано, главным образом, с гибкостью, позволяющей адаптироваться к меняющимся требованиям, возможностям и ограничениям, соответствующим разным жизненным этапам. Тем не менее общие характерные черты индивида, стиль копинга и способы взаимодействия с социальным окружением проявляются в детстве и обычно кристаллизуются в устоявшиеся паттерны, что происходит к концу подросткового периода или в ранней молодости. Эти паттерны образуют *личность* индивида — уникальный паттерн черт и поведения, характеризующий человека.

Личность большинства взрослых людей «настроена» на требования общества. Иными словами, мы готовы оправдывать социальные экспектации. Однако встречаются люди, которые, хотя и не всегда демонстрируют симптомы расстройств, относящихся к I оси, все же не могут полноценно функционировать как члены общества. У таких индивидов формирование личности привело к появлению отдельных дезадаптивных и лишенных гибкости черт, поэтому они неспособны к адекватному исполнению некоторых ролей, которых требует от них общество.

У этих людей можно диагностировать **расстройства личности**, ранее известные как *расстройства характера*. Как правило, расстройства личности не развиваются из разрушительных реакций на стресс, как это происходит при посттравматическом стрессовом расстройстве или во многих случаях тяжелой депрессии. Скорее, расстройства, которые будут здесь рассматриваться, проистекают большей частью из постепенного развития ригидных и деформированных личностных и поведенческих паттернов, результатом которого становятся неизменно дезадаптивные восприятие, представления и отношение к миру. Как правило, эти дезадаптивные подходы значительно нарушают функционирование, по крайней мере, в некоторых его аспектах, и в отдельных случаях вызывают сильный субъективный дистресс. Например, люди с избегающим личностным расстройством весьма застенчивы и гиперсензитивны к отвержению, а поэтому активно избегают большинства социальных взаимодействий.

Категория расстройств личности широка и охватывает поведенческие проблемы, значительно различающиеся по форме и тяжести. В более мягких случаях мы видим людей, которые в целом функционируют адекватно, однако их родственники, друзья и коллеги говорят, что с ними тяжело общаться, они эксцентричны или что их трудно понимать. Им свойственны особые подходы к ситуациям и к людям, из-за чего им трудно либо устанавливать близкие отношения с другими,

либо поддерживать уже сложившиеся ранее. Однако они часто бывают вполне квалифицированными или даже одаренными в тех или иных областях. В более тяжелых случаях мы видим людей, чьи неадекватные, зачастую неэтичные «реакции» на общество делают их менее способными к функционированию в обычных условиях. Многие из них попадают в тюрьмы или специализированные стационары с максимально строгим режимом, хотя некоторым удается манипулировать окружающими и оставаться в своем обычном окружении.

О распространенности расстройств личности известно не так уж много. Это вызвано отчасти тем, что люди с подобными проблемами редко обращаются за помощью в психиатрические или в правоохранительные учреждения. Многие индивиды с расстройствами личности выявляются через систему исправительных заведений или в ходе судебного психиатрического освидетельствования, вызванного семейными исками, например в результате произошедшего физического насилия. Другие в конце концов проявляют себя, когда начинают лечиться от алкоголизма или оказываются в приемном отделении психиатрического стационара после попытки суицида. Тем не менее после проведения масштабного эпидемиологического исследования были представлены данные о распространенности одного из серьезных расстройств личности — асоциального, распространенность которого колебалась в промежутке между 2,1% и 3,3% от общей популяции в трех регионах, выступавших субъектами исследования (Robins et al., 1984). Более поздние данные подтверждают вышеупомянутые в том, что асоциальным расстройством личности страдают примерно 2–3% жителей США и Канады (Weissman, 1993). Предпринятый Вейссманом (Weissman, 1993) общий анализ эпидемиологических исследований, касавшихся всех расстройств личности, позволил сделать вывод, что приблизительно 10–13% людей в популяции в какой-то момент своей жизни удовлетворяют их критериям. Предполагается, что такие расстройства имеют тенденцию ослабевать по достижении человеком 50-летнего возраста, но эта гипотеза нуждается в дальнейшей проверке (Abrams & Horowitz, 1996; Cohen et al., 1994). Неудивительно, что расстройства личности чаще наблюдаются у психиатрических больных.

В *DSM-IV*, как в *DSM-III* и *DSM-III-R*, для расстройств личности предусмотрена отдельная II ось (наряду с умственной отсталостью, см. главу 13), так как они рассматриваются как значимо отличные от стандартных психиатрических синдромов (отнесенных к I оси), чтобы заслуживать отдельной классификации. Как уже отмечалось, в разделе II оси, отведенном под расстройства личности, представлены стойкие личностные черты, которые считаются ригидными, дезадаптивными и вызывающими у человека дистресс или порождающими проблемы в социальном или профессиональном функционировании. Эти паттерны реагирования настолько глубоко встроены в структуру личности (по какой бы то ни было причине), что оказываются крайне резистентными к модификации. Несмотря на то что человеку может быть поставлен диагноз, относящийся только к II оси, возможна ситуация, когда его можно отнести к двум осям, I и II, отражая наличие как текущего активного психического, так и более хронического, скрытого расстройства личности. Тяжелая депрессия, например, может развиться у человека с уже имеющимся избегающим личностным расстройством.

За 20 лет, прошедших с тех пор, как в *DSM-III* впервые выделили отдельную ось для расстройств личности, было выполнено большое количество исследований,

направленных на выявление их природы, и еще больше — с целью установить механизм их развития. В этой главе мы рассмотрим все установленные типы расстройств личности и далее подробно проанализируем одно из них, асоциальное, чтобы читатели получили представление об объеме изысканий, предпринимаемых в данной области.

Расстройства личности часто сочетаются с рядом расстройств I оси, которые уже были и еще будут рассмотрены в других главах, такие как: тревожные расстройства (главы 4 и 6), расстройства настроения (глава 6), алкоголизм (глава 10), сексуальные девиации (глава 11), делинквентность (глава 14) (например, Ruegg & Frances, 1995). Кроме того, поведенческие паттерны, связанные с расстройствами личности, иногда аналогичны тем, что наблюдаются при черепно-мозговой травме и других заболеваниях головного мозга. В подобных случаях эти паттерны могут свидетельствовать об органической мозговой патологии (глава 13). Теперь мы перейдем к анализу расстройств личности.

Клинические признаки расстройств личности

Люди с расстройствами личности причиняют окружающим хлопот как минимум столько же, сколько себе самим. Другие люди склонны расценивать поведение индивидов с расстройствами личности как обескураживающее, раздражающее, непредсказуемое и, в той или иной степени, неприемлемое, хотя редко считают его причудливым или оторванным от реальности, в отличие от поведения людей, страдающих психотическими расстройствами. Некоторые люди с расстройствами личности испытывают сильные эмоциональные страдания, однако с другими этого не происходит, по крайней мере, в явно выраженной форме. Эти отклонения в поведении отличаются стойкостью и кажутся неотделимыми от личности. Таким людям трудно участвовать во взаимных, уважительных и приносящих удовлетворение социальных отношениях. Какие бы конкретные паттерны личностных черт ни развивались у пораженных индивидов (например, упрямство, затаенная враждебность, подозрительность или страх отвержения), эти паттерны окрашивают их реакции на каждую новую ситуацию и ведут к повторению одних и тех же дезадаптивных действий. Например, зависимый человек способен погубить добрые отношения с каким-то лицом, допустим с супругой, предъявляя к нему беспрестанные и непомерные требования: не оставлять его, скажем, в одиночестве; когда партнерша его покидает, такой человек может немедленно вступить в новую зависимую связь и вести себя по-прежнему. Таким образом, расстройства личности отличаются значительным постоянством во времени, в этом случае не происходит научения на основе прошлых ошибок.

Ранее считалось, что эти стойкие расстройства основываются и возникают из особенностей личности, которые называли *чертами темперамента* или *характера*, предполагая возможность наследственных или конституциональных влияний. Как обсуждалось в главе 3, различия темперамента проявляются в младенчестве и подразумевают разную врожденную склонность к аффективным реакциям на внешний стимул, например крайнюю робость и пугливость при его воздействии против большей общительности и относительном бесстрашии. Темперамент можно понимать с той точки зрения, что он закладывает раннюю основу для развития

зрелой личности, однако не является ее единственной детерминантой. Возможность генетической передачи предрасположенности к некоторым таким расстройствам личности, особенно асоциальному и шизотипичному, снискала широкую поддержку в научной литературе (Nigg & Goldsmith, 1994).

Позднее повышенное внимание стало уделяться и другим возможным причинным факторам — средовым и социальным, особенно паттернам выученных привычек и дезадаптивным когнитивным стилям (Millon & Davis, 1996). Многие такие дезадаптивные привычки и когнитивные стили могут иметь корни, скорее, в нарушенных отношениях привязанности между родителями и ребенком, чем выступать простыми производными различий темперамента. Психологи, занимающиеся проблемами развития, считают, что ранние отношения привязанности служат для детей моделями подобающих взрослых отношений. Если ранние модели нездоровы, то это может предрасположить ребенка к паттерну личностного развития, впоследствии способному привести к расстройству личности.

Пять критериев *DSM-IV*

Важнейшей чертой расстройства личности является устойчивый паттерн внутренних переживаний и поведения, которые заметно отклоняются от ожиданий в отношении индивидуальной культуры. В *DSM-IV* определение расстройств личности опирается на пять критериев.

- *Критерий A*: Данный паттерн должен проявляться как минимум в двух сферах из следующих: когниция, аффективность, межличностное взаимодействие и контроль импульсов.
- *Критерий B*: Этот устойчивый паттерн должен быть ригидным и первазивным для широкого диапазона личных и социальных ситуаций.
- *Критерий C*: Этот паттерн ведет к клинически значимому дистрессу.
- *Критерий D*: Паттерн стабилен, сохраняется в течение длительного времени, и его возникновение может быть прослежено как минимум до подросткового или раннего детского возраста.
- *Критерий E*: Паттерну нельзя дать лучшего объяснения с точки зрения другого психического расстройства, проявлением или следствием которого он мог бы явиться.

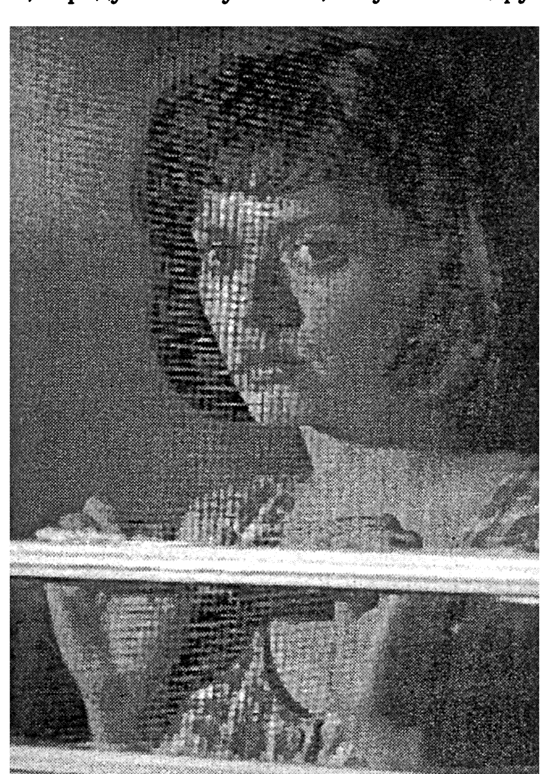
Для каждого расстройства личности представлены также отдельные диагностические критерии (American Psychiatric Association, 1994, p. 630); последние будут рассмотрены ниже.

Трудности при диагностике расстройств личности

В отношении расстройств личности следует соблюдать особую осторожность. С этой категорией связано, наверное, больше случаев ошибочной диагностики, чем с какой-либо иной. Это вызвано рядом причин. Одна из них заключается в том, что расстройства личности определены не столь однозначно, как большинство других диагностических категорий I оси. Хотя в *DSM-IV* содержатся критерии, которым должен удовлетворять диагноз отдельного расстройства личности, они часто либо не слишком точны, либо им трудно следовать на практике. Нелегко, например, достоверно установить, отвечает ли человек таким критериям для избегающего

личностного расстройства, как: «всеми способами старается заручиться заботой и поддержкой окружающих» или «с трудом принимает обыденные решения, если не получает многочисленных советов и заверений со стороны» (например, Tryer, 1995). Поскольку критерии для расстройств личности определяются не объективными поведенческими стандартами, а некоторым набором черт или устойчивыми паттернами поведения, от клинициста требуется бóльшая рассудительность при постановке диагноза, чем при работе со многими расстройствами I оси. Тем не менее надежность диагностики значительно повысилась в связи с недавней разработкой полуструктурированных интервью для диагностики расстройств личности. Однако поскольку различные структурированные интервью нередко приводят к разным диагнозам (например, Oldham et al., 1992), надежность и валидность этих диагнозов по-прежнему представляют серьёзную проблему (Widiger & Sanderson, 1995). Более того: от британских исследователей часто можно слышать, что диагностика, которая опирается на сведения, предоставленные знающими пациента людьми, может быть надежнее и валиднее той, что полагается исключительно на интервьюирование самих пациентов (Tryer, 1995).

Вторая проблема состоит в том, что диагностические категории не исключают друг друга: люди часто обладают признаками нескольких расстройств личности (Tryer, 1995; Widiger & Sanderson, 1995). У кого-то, например, могут отмечаться подозрительность, недоверчивость, избегание упреков и настороженность, характерные для параноидного расстройства, наряду с замкнутостью, отсутствием дру-



Одной из проблем, сопряженных с диагностическими категориями расстройств личности, является то, что одни и те же наблюдаемые паттерны поведения могут быть связаны с разными личностными расстройствами, но отличаться по смыслу для каждого из них в отдельности. Например, поведение и выражение лица этой женщины, смотрящей на запертое окно, могут свидетельствовать о подозрительности и избегании упреков, наблюдаемых при параноидном расстройстве, или указывать на социальную замкнутость и отсутствие друзей, характерные для шизоидного расстройства личности. Это может также говорить о социальной тревоге по поводу общения с другими людьми из-за страха оказаться отвергнутой или негативно оцененной, как это бывает при избегающем личностном расстройстве.

зей и равнодушием, наблюдаемыми при шизоидном расстройстве личности. Следует, правда, отметить, что такое положение характерно и для расстройств I оси, при которых многие индивиды также удовлетворяют нескольким диагнозам.

Третья причина диагностических затруднений состоит в том, что личностные характеристики, определяющие описываемые расстройства, имеют континуальную природу и могут проявляться в диапазоне от нормы до патологической гиперболизации. Они могут обнаруживаться — в меньших масштабах и степени проявления — у многих нормальных людей (Carson, 1996; Clark & Livesley, 1994; Livesley et al., 1994; Widiger & Sanderson, 1995). Например, любовь к своей работе и тщательное выполнение рабочих обязанностей еще не позволяют считать индивида обсессивно-компульсивной личностью, равно как экономическая зависимость не делает того или иного члена супружеской пары зависимой личностью. Навешивание диагностических ярлыков на людей, в отдельных случаях функционирующих вполне грамотно, всегда сопряжено с риском. Это особенно верно, когда диагноз подразумевает суждение о характеристиках, которые также свойственны нормальным людям.

Эти проблемы могут приводить к ненадежности диагнозов, что часто и происходит на практике (Widiger & Sanderson, 1995). Возможно, что когда-нибудь будет разработан более точный метод диагностики расстройств личности. Пока же категориальная система симптомов и черт будет использоваться и дальше, с одновременным признанием того, что она больше, чем следует, зависит от суждения наблюдателя. Отдельные исследователи пытались решить проблемы, присущие категоризации расстройств личности (например, Clark & Livesley, 1994; Costa & Widiger, 1994; Livesley et al., 1994; Tyrer, 1995; Widiger & Frances, 1994; Widiger & Sanderson, 1995). Однако в настоящее время не существует никакого последовательного теоретического взгляда по данной проблеме. С учетом вышесказанного мы рассмотрим далее эфемерные и зачастую трудно диагностируемые клинические признаки расстройств личности. Важно помнить, что мы будем описывать прототипы данных расстройств. В реальной жизни редко встречаются индивиды, подпадающие под эти «идеальные» описания. (См. также главу 1.)

Категории расстройств личности

В *DSM-IV* расстройства личности разбиты на три кластера, исходя из существующего между ними сходства. Как уже отмечалось, многие люди удовлетворяют критериям не только для одного расстройства, включая расстройства из разных кластеров.

- *Кластер А*: Включает параноидное, шизоидное и шизотипичное расстройства личности. Люди с подобными расстройствами часто кажутся странными или чудаковатыми, ведут себя необычно; их поведение варьирует от недоверчивости и подозрительности до социальной отчужденности.
- *Кластер В*: Включает истероидное, нарциссическое, асоциальное и пограничное расстройства личности. Индивидов с такими расстройствами объединяет общая тенденция к демонстративному, эмоциональному и эксцентричному поведению. Их импульсивное поведение, нередко сопровождающееся асоциальными действиями, колоритнее, неистовее и чаще приводит к контактам с психиатрическими и правоохранительными службами, чем поведенческие паттерны, которыми отличаются расстройства из первого кластера.

- *Кластер С*: Включает избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное расстройства. В отличие от расстройств, принадлежащих к другим кластерам, они зачастую сопровождаются тревогой и боязливостью, что иногда затрудняет их дифференциальную диагностику с тревожными расстройствами. Люди в этом случае, движимые тревогой, чаще обращаются за помощью.

В приложении к *DSM-IV*, в условной категории числятся два дополнительных расстройства личности — депрессивное и пассивно-агрессивное. (Принципы диагностики расстройств личности суммированы в табл. 9.1.)

Параноидное личностное расстройство

Индивиды с **параноидным личностным расстройством** проникнуты подозрительностью и недоверием к окружающим. Они склонны видеть себя безупречными, взамен перелагая на других вину за свои собственные ошибки и промахи, вплоть до приписывания им злонамеренных мотивов. Такие люди постоянно ожидают подвоха и выискивают то, что может подтвердить их ожидания, не обращая внимания ни на какие факты, свидетельствующие об обратном. Они часто поглощены сомнениями в лояльности друзей и потому неохотно доверяются другим людям. Они также бывают гиперсензитивными, на что указывает их склонность усматривать грозный смысл в мягко высказанных замечаниях. Такие люди обычно затаивают злобу, не прощают мнимых оскорблений и знаков неуважения, а также скоры на гневные реакции (Bernstein, Useda & Siever, 1995; Widiger & Frances, 1994). Важно помнить, что у параноидных личностей обычно не бывает психоза, то есть большую часть времени они находятся в прочном контакте с реальностью, хотя могут испытывать преходящую психотическую симптоматику (Thompson-Pope & Turkat, 1993). Некоторые симптомы, наблюдаемые при этом расстройстве, характерны и для другого расстройства, параноидной шизофрении, которая будет рассмотрена в главе 12. Однако у параноидных шизофреников отмечаются и другие нарушения, в том числе более стойкая потеря контакта с реальностью, а также крайняя степень когнитивного и поведенческого распада — бред и галлюцинации. Более того, в исследованиях, анализирующих генетическую связь между параноидным личностным расстройством и шизофренией, были получены неоднозначные результаты. Существуют мнения, согласно которым параноидное личностное расстройство может находиться ближе к бредовому расстройству I оси (см. главу 12), чем к шизофрении (Bernstein et al., 1995).

Следующий случай наглядно показывает паттерны поведения, характерные для параноидного личностного расстройства.

Разбор случая: строитель с параноидным расстройством. Сорокалетний строитель считает, что сослуживцы не любят его, и боится, что кто-нибудь подстроит ему производственную травму — падение с лесов. Эта тревога возникла после недавней ссоры в очереди за ланчем, когда пациенту показалось, что его коллега проталкивается вперед, и он осадил того. Пациент стал замечать, что его новый «враг» смеется в компании других мужчин, и часто думал, не он ли объект их насмешек. Он хотел вступить с ними в перебранку, но решил, что вся история может быть просто плодом его воображения и что, если перейти к действиям, можно ввергнуться в еще большие неприятности.

Пациент редко говорит по своей инициативе, в кресле сидит напряженно, его глаза широко раскрыты, и он тщательно отслеживает все передвижения в кабинете. Он

пытается понять скрытый смысл вопросов, которые ему задают; думает, что его порицают, и воображает, будто интервьюер заодно с его сослуживцами. Пациент дает понять, что, не нуждайся он в снотворном, вообще не обратился бы за помощью.

Мальчиком он был нелюдим, считая, что другие дети объединятся против него, чтобы устроить какую-нибудь подлость. Он плохо учился в школе, но обвинял в этом учителей; он заявил, что те предпочитали девчонок или мальчиков, которые были «бабами». Он бросил учебу, став трудолюбивым, хорошим рабочим, однако считает,

Таблица 9.1

Сводное описание расстройств личности

Расстройство личности	Признаки
Кластер А	
Параноидное	Подозрительность и недоверчивость по отношению к окружающим; склонность считать себя безупречным; настороженность по отношению к мнимым нападениям со стороны других людей
Шизоидное	Нарушенные социальные отношения; неспособность и нежелание формировать отношения привязанности к другим людям
Шизотипичное	Необычные паттерны мышления; странности восприятия и речи, препятствующие коммуникации и социальному взаимодействию
Кластер В	
Истероидное	Самодраматизация; сверхозабоченность своей привлекательностью; склонность к раздражительности и вспышкам гнева, если поиски стороннего внимания не приводят к успеху
Нарциссическое	Претенциозность; поглощенность привлечением внимания на себя; самореклама; отсутствие эмпатии
Асоциальное	Недостаточное морально-этическое развитие; неспособность следовать одобренным моделям поведения; лживость; беззастенчивое манипулирование другими; в анамнезе — нарушение поведения в детстве
Пограничное	Импульсивность, неадекватный гнев; резкое изменение настроения; хроническое чувство тоски; попытки совершения суицида или членовредительства
Кластер С	
Избегающее	Гиперсензитивность к отвержению или социальному пренебрежению; робость; неуверенность при социальном взаимодействии и попытках завязать отношения
Зависимое	Трудности при обособлении в отношениях; непереносимость одиночества; подчинение другим с целью сохранить отношения; нерешительность
Обсессивно-компульсивное	Чрезмерная забота о мелочах и соблюдении порядка и правил; невыразительность и холодность; неумение расслабляться и развлекаться
Условные категории	
Пассивно-агрессивное	Негативистские установки и пассивное сопротивление адекватному выполнению дел с применением обходных средств, нытье, мрачный настрой и желание спорить, обида и зависть к более удачливым людям
Депрессивное	Первазивные депрессивные когниции. Постоянное уныние, ощущение себя несчастным. Ощущение собственной неполноценности, вины; самокритичность

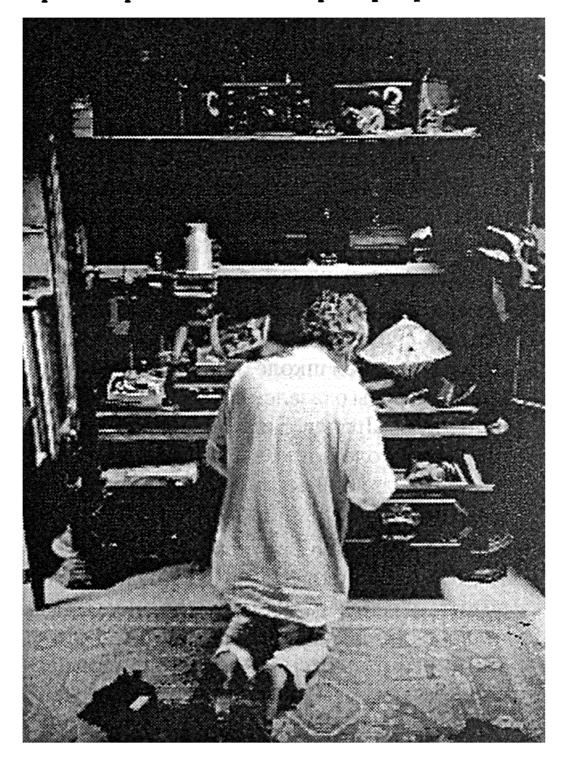
что никогда не достигнет высокого положения. Пациент полагает, что его дискриминируют из-за католического вероисповедания, но мало чем может доказать это. Он плохо ладит с начальством и товарищами по работе, не понимает шуток и лучше всего чувствует себя в ситуациях, когда работает и питается в одиночку. Он много раз менял место работы, так как считал, что с ним обращаются неподобающим образом.

Пациент холоден с родными, требователен к ним. Его дети обращаются к нему, добавляя слово «сэр», и знают, что в его присутствии лучше быть «на виду, но не шуметь». Дома ему никогда не удается посидеть спокойно, и он вечно занят какими-то рутинными делами. Он не любит гостей, беспокоится, когда в гости уходит жена (Sitzer et al., 1981, p. 37).

Эти постоянные подозрительность и недоверие к окружающим создают для параноидной личности массу трудностей и мешают в межличностных отношениях. Обычно эти трудности вынуждают человека быть все время «настороже» в ожидании мнимой агрессии.

Шизоидное расстройство личности

Индивиды с **шизоидным расстройством личности** обычно не умеют завязывать социальные отношения и не интересуются таковыми. Поэтому у них чаще всего не бывает близких друзей, за исключением, возможно, ближайших родственников. Такие люди не способны выражать свои чувства и кажутся окружающим холодными и отчужденными. Они часто обладают недостаточными социальными навыками, зачастую малообщительны, обладают ярко выраженными интровертированными чертами (Widiger & Frances, 1994). Данные индивиды ко многому равнодушны, включая половую жизнь. Обычно кажется, что они безразличны даже к похвалам и критике. В целом они не слишком эмоционально реактивны, редко испытывают сильные позитивные или негативные эмоции, что усугубляет их внешние холодность и равнодушие (Widiger et al., 1994).



Люди с шизоидным расстройством личности часто нелюдимы и интересуются лишь уединенными занятиями, например составлением необычных коллекций.

Ранее исследователи считали шизоидное расстройство личности вероятным предвестником последующего развития шизофрении. В последнее время эту точку зрения подвергли критике (Kalus, Bernstein & Siever, 1995). При изучении возможности генетического наследования шизоидных черт не удалось установить ни наличия связи между двумя расстройствами, ни наследственной основы для развития шизоидной личности. В процессе исследования шизоидного и шизотипичного (рассматриваемого в следующем разделе) расстройств Сивер и Дэвис (Siever & Davis, 1991) сочли, что шизотипичная личность состоит в более тесной генетической связи с позитивными симптомами шизофрении, при которых люди часто теряют контакт с реальностью, переживая галлюцинации и бред. Однако они также признали, что шизоидное расстройство личности может быть в чем-то связано с так называемыми негативными симптомами шизофрении (см. главу 12), к которым относятся ангедония и социальная отрешенность (см. также Kalus et al., 1995). Тем не менее на основании двух более поздних обзоров научной литературы можно сделать вывод, что генетическая связь между шизотипичным расстройством личности и шизофренией намного прочнее (Kendler & Gardner, 1997; Nigg & Goldsmith, 1994).

Следующий случай шизоидной личности иллюстрирует весьма серьезную личностную проблему у мужчины, который функционировал адекватно как с точки зрения профессиональных критериев, так и с позиции его собственных стандартов «счастья». Обратиться за помощью его побудило начальство и личный врач.

Разбор случая: компьютерный аналитик с шизоидным расстройством. Билл Д., 33 года, высоко одаренный, обладающий высоким уровнем интроверсии компьютерный аналитик, был направлен на психологическое освидетельствование своим врачом. Врач опасался, что Билл, возможно, несчастен и страдает депрессией. Недавно, по совету начальника, Билл отправился к врачу в связи с довольно расплывчатыми жалобами соматического порядка и общим мрачным взглядом на жизнь. Билл практически не общался с людьми. Он жил один, работал в маленьком офисе самостоятельно. На работе, как правило, он также ни с кем не виделся, если не считать эпизодических визитов начальника, который приходил, чтобы дать ему новое задание и забрать готовые программы. Ланч он съедал в одиночестве. Раз в неделю, в погожие дни, Билл отправлялся в зоопарк во время обеденного перерыва.

Всю свою жизнь Билл сторонился людей. В детстве у него было мало друзей. Он всегда предпочитал семейным вылазкам уединенные занятия (из пяти детей он был старшим). В средней школе он никогда не встречался с девочками, а в годы студенчества лишь однажды оказался в женском обществе — в компании студентов, после спортивного матча. Правда, Билл активно занимался спортом и был членом футбольной команды в школе и в колледже. Когда он был студентом, он много общался с одним относительно близким другом, главным образом, они вместе выпивали. Теперь, однако, этот друг жил в другом городе.

Билл, как о чем-то само собой разумеющемся, рассказал, что ему было трудно завести друзей; он никогда не умел поддержать беседу. Несколько раз он собирался подружиться с другими людьми, но просто не мог подобрать нужных слов и «беседа замирала». Билл сообщил, что впоследствии подумывал изменить свою жизнь, чтобы стать «позитивнее», но эта затея никогда не казалась ему достойной трудов. Ему было легче оставить все как есть, потому что, стоило кому-нибудь с ним заговорить, как он терялся. Он был счастлив, когда оставался один.

Итак, главная проблема людей с шизоидной личностью состоит в том, что их не привлекают и не радуют тесные отношения с окружающими. Создается впечатление, что у них так и не развилась потребность в любви, сопричастности и одобрении, или, если она и существовала прежде, то каким-то образом пропала на раннем этапе развития. В результате их межличностные отношения обеднены.

Шизотипичное расстройство личности

Индивиды с **шизотипичным расстройством личности** не только в значительной степени интровертированы и отличаются дефектами социальных и межличностных навыков в целом; но им также свойственны когнитивные и перцептивные искажения, а также эксцентричность в общении и поведении (Widiger & Frances, 1994). Хотя и для шизотипичной, и для шизоидной личности характерна социальная изоляция и отрешенность, их отличие друг от друга состоит в том, что для первой, кроме того, свойственна причудливость мышления, перцепции или речи. Несмотря на преимущественную сохранность контакта с реальностью, для людей с шизотипичной личностью характерно глубоко персонализированное и суеверное мышление. В условиях сильнейшего стресса у них могут возникать *преходящие* психотические симптомы (Thompson-Pohe & Turkat, 1993; Widiger & Frances, 1994). В действительности, они часто считают, что обладают волшебными силами и могут участвовать в магических ритуалах. Странности их мышления, разговора и прочих паттернов поведения аналогичны тем, что в более тяжелых формах часто наблюдаются у шизофренических больных. Нередко поэтому у них сначала диагностируют простую или латентную шизофрению. В ходе ряда исследований было обнаружено, что симптомы когнитивной дисфункции, входящие в клиническую картину шизотипичного расстройства личности, более информативны для постановки клинического диагноза, чем симптомы социальной отчужденности, неадекватного раппорта и социальной тревоги (Siever, Bernstein & Silverman, 1995; Widiger & Frances, 1994). Когнитивные симптомы, информативные в плане постановки диагноза, включают в себя когнитивные перцептивные нарушения, магическое мышление (например, веру в телепатию и суеверия), идеи отношения (веру в то, что слова и жесты окружающих обладают неким особым смыслом или личной значимостью), странную речь и подозрительные убеждения (см. также Thompson-Pope & Turkat, 1993).

Распространенность этого расстройства в общей популяции составляет около 3% (American Psychiatric Association, 1994). Генетическая и биологическая связь с шизофренией нашла четкое документальное подтверждение (Kendler & Gardner, 1997; Meehl, 1990a; Nigg & Goldsmith, 1994). Так, в ряде исследований было подтверждено, что у пациентов с шизотипичным расстройством личности (Siever et al., 1995), как и у студентов колледжа с подобным нарушением (Lencz et al., 1993), существует один и тот же, обычный для шизофрении дефект, касающийся способности следить за движущимся объектом (см. главу 12). Кроме того, у них отмечается дефицит внимания (Lees-Roitman et al., 1997) и оперативной памяти (например, способности запомнить числовой ряд), что часто наблюдается при шизофрении (Squires-Wheeler et al., 1997). В действительности термин «шизотипичный» это аббревиатура от «шизофренического генотипа» (Rado, 1956), и многие считают, что

он является частью шизофренического спектра, который часто наблюдается у ближайших (прямых) родственников шизофреников (Kendler & Gardner, 1997; Nigg & Goldsmith, 1994). Более того, было показано, что для тинейджеров с шизотипичным расстройством личности существует повышенный риск развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра в зрелом возрасте (Siever et al., 1995; Tykra, Cannon et al., 1995). Следующий случай вполне типичен.

Разбор случая: отрыв от реальности у женщины с шизотипичным расстройством. Пациентка, 32-летняя, незамужняя, безработная, живущая на пособие женщина, которая жалуется на «странные» ощущения. Ее чувство отстраненности постепенно стало сильнее и неприятнее. Ежедневно подолгу она ощущает, как будто следит сама за собой, идущей по жизни, и мир вокруг кажется нереальным. Особенно странные чувства возникают, когда она смотрит в зеркало. На протяжении многих лет пациентка ощущала в себе способность читать чужие мысли при помощи «какого-то ясновидения, которого я не понимаю». Той же способностью, по ее словам, обладают еще несколько человек в ее семье. Она считает, что на нее возложена особая миссия, но не знает, в чем та заключается. Сама женщина не особенно религиозна. Она очень застенчива на людях; часто ощущает, что окружающие обращают на нее особое внимание, а иногда думает, что незнакомцы переходят на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с ней. У нее нет друзей, она чувствует себя одинокой и обособленной, и каждый день подолгу витает в грезах или смотрит по ТВ мыльные оперы.

Пациентка говорит в неопределенной, абстрактной, отвлеченной манере, часто теряя нить, но ее речь никогда не бывает бессвязной. Она выглядит робкой, подозрительной и боящейся критики. У нее нет серьезного разрыва с реальностью, например галлюцинаций или бреда. Она никогда не лечилась по поводу эмоциональных нарушений. Иногда она находила работу, но бросала ее из-за отсутствия интереса (Spitzer et al., 1989, pp. 173–174).

Отличительной особенностью шизотипичной личности являются причудливые паттерны мышления, которые, в свою очередь, сочетаются с ослаблением, хотя и не полным разрывом, связей с реальностью. Кажется, что индивиду недостает какой-то важной интегративной способности того рода, что позволяет большинству людей «сводить все воедино», продвигаться в жизни к какой-то значимой для них цели. В результате многие основные умения, как, например, способность к коммуникации, никогда не реализуются в полной мере, и человек в зрелые годы ведет бесцельную и бесплодную жизнь.

Истероидное личностное расстройство

Главным отличием индивидов с **истероидным личностным расстройством** является поведение, связанное с чрезмерными поисками внимания, и эмоциональность. Если такие люди не оказываются в центре внимания, то чувствуют себя недооцененными, и их живые, театральные и зачастую чрезмерно экстравертированные манеры нередко служат гарантией того, что им удастся завладеть вниманием окружающих. Однако эти качества не приводят к установлению стабильных и удовлетворяющих отношений с людьми, так как те устают от подобных контактов. В результате постоянного поиска внимания внешность и поведение лиц с истероидным личностным расстройством весьма вычурны и эмоциональны, а также соблазнительны и провокационны в сексуальном отношении. Их манера разговаривать может быть театральной, рассчитанной на эффект, но бедной подробностями. Люди

с истероидным личностным расстройством нередко бывают высоко внушаемыми и видят отношения более близкими, чем они есть на самом деле. Их сексуальное приспособление обычно неудовлетворительно (Apt & Hurlbert, 1994), а межличностные отношения протекают бурно, так как они пытаются контролировать партнера посредством соблазняющего поведения и манипулирования его эмоциями. Однако они демонстрируют и значительную зависимость. Как правило, их считают эгоистичными, тщеславными и слишком озабоченными похвалой окружающих, которым они кажутся излишне реактивными, ограниченными и неискренними. Распространенность расстройства в общей популяции составляет 2–3% и, по всей вероятности, несколько чаще встречается у женщин, чем у мужчин, хотя до сих пор непонятно, является ли это следствием тенденциозности интервьюеров или критериев (American Psychiatric Association, 1994; Pfohl, 1995; Widiger, 1998). Например, идея, что определенную роль здесь может играть тенденциозность интервьюеров, порождена исследованием, в ходе которого клиницисты зачитывали вымышленные истории болезни мужчин и женщин с истероидным и асоциальным расстройствами личности. При этом исследователи манипулировали информацией о половой принадлежности больных (Ford & Widiger, 1989). Клиницисты намного чаще приписывали женщинам истероидное, а мужчинам — асоциальное расстройство личности, несмотря даже на то, что вся остальная информация о больных была идентичной. Идея о возможной критериальной тенденциозности также проистекает из наблюдений, согласно которым в западном обществе истероидное личностное расстройство (сверхдраматизация, тщеславие, притягательность и сверхозабоченность внешним видом) чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Это автоматически повышает шансы на постановку такого диагноза именно женщинам, коль скоро его критериями служат многие черты из перечисленных выше. Следующий случай иллюстрирует истероидный личностный паттерн.

Разбор случая: секретарша с истероидным личностным расстройством. Пэм, 22-летняя секретарша, причиняла массу хлопот начальнику и сослуживцам. По словам начальника, Пэм, если не следить за ней постоянно, была не в состоянии выполнять свои обязанности. Беспомощная и зависимая с виду, она выдавала бурную реакцию на мелкие события и профессиональные требования, выказывая раздражение и периодически разражаясь вспышками гнева. Если окружающие требовали от нее того, чего ей не хотелось делать, она жаловалась на физическое недомогание: тошноту или головную боль. Более того, она часто вообще не выходила на работу. Чтобы сгладить ситуацию, Пэм кокетничала и нередко вела себя с мужчинами в офисе в требовательной соблазняющей манере.

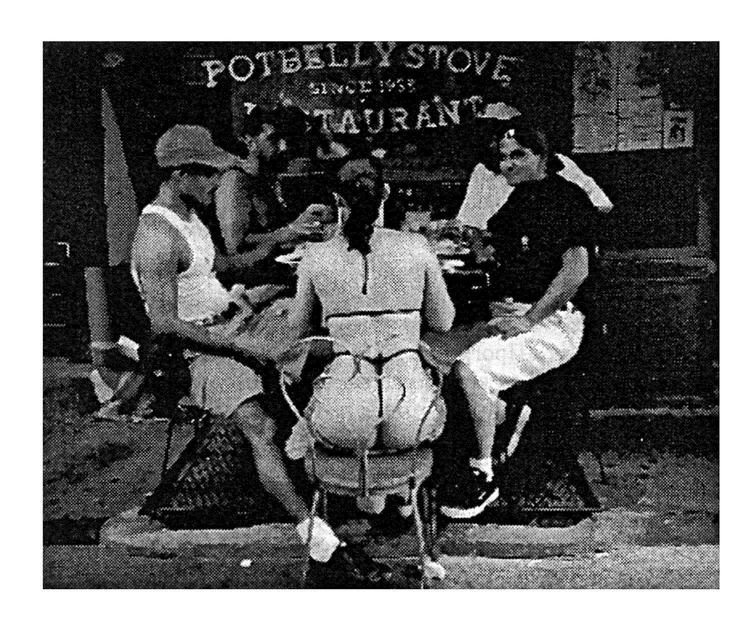
Из-за частого отсутствия на службе и неподобающего поведения в офисе, начальник Пэм и менеджер по кадрам порекомендовали ей пройти психологическое тестирование и получить консультацию в рамках «Программы помощи служащим». На первую встречу с психологом она пришла, но контрольные явки проигнорировала. В конце концов, после нескольких скандальных выходок на работе ей вручили уведомление об увольнении.

И физические жалобы Пэм, и ее обольщающее поведение являются примерами тактики, направленной на поиски внимания и обычной для истероидного личностного паттерна. Если эта тактика не приводит к желаемому результату, далее обычно следуют раздражение и вспышки гнева.

Нарциссическое личностное расстройство

Индивиды с **нарциссическим личностным расстройством** отличаются преувеличенным ощущением собственной значимости, страстно хотят, чтобы ими восхищались, и равнодушны к чужим чувствам (Blais, Hilsenroth & Castlebury, 1997). Роннингстем и Гундерсон (Ronningstam & Gunderson, 1989) сообщили, что претенциозность была для них наиболее обобщающим критерием при диагностике нарциссического расстройства и чаще всего использовалась при постановке данного диагноза. Однако позднее, в ходе перспективного исследования, они обнаружили, что претенциозность — симптом, который чаще прочих угасает со временем (Ronningstam et al., 1995). Претенциозность нарциссических пациентов проявляется в выраженной тенденции преувеличивать свои способности и достижения с одновременной и частой недооценкой способностей и достижений других людей. Их явно преувеличенный статус, о котором они заявляют сами, нередко удивляет других. В то же время они сами, вероятно, рассматривают свои непомерные ожидания как нечто, несомненно, заслуженное ими. Такие люди ведут себя стереотипным образом (например, постоянно ссылаются на себя и хвастаются), чтобы снискать одобрение и признание, которые питают их грандиозные надежды и фантазии о неограниченном успехе, силе, красоте и блеске. Поскольку они верят в свою исключительность, то часто считают, что могут быть поняты лишь только некоторыми, особенными людьми, и должны общаться именно с ними. Окружающим подобная тактика представляется чрезмерным старанием казаться хорошими.

У нарциссических личностей есть еще одно общее свойство: они не хотят принимать чужую точку зрения и видеть вещи иначе, нежели «со своей колокольни». Иначе говоря, они не обладают эмпатией — важнейшим элементом зрелых отношений. Можно сказать, что все дети начинают жизнь нарциссами и только постепенно приобретают способность к принятию иных мнений. По ряду причин, до на-



Люди с истероидным личностным расстройством часто прибегают к обольстительному, привлекающему внимание поведению, например появляясь на людях в полураздетом виде.

стоящего времени мало изученных, у некоторых детей подобные способности развиваются в недостаточной степени, а в крайних случаях не проявляются совсем. У таких людей, к моменту их вступления в зрелую жизнь, может сформироваться нарциссическая личность. Наряду с недостатком эмпатии, нарциссические индивиды нередко используют окружающих для достижения собственных целей и часто демонстрируют неуважительные, снобистские и заносчивые паттерны поведения и установки. Наконец, они часто завидуют окружающим или считают, будто другие люди завидуют им (Gunderson, Ronningstam & Smith, 1995).

Большинство исследователей и клиницистов считают, что в основе подобной претенциозности у людей с нарциссическим личностным расстройством лежит очень хрупкое чувство собственного достоинства. Возможно, что именно поэтому они часто озабочены чужим мнением, выказывают столь высокую потребность в стороннем восхищении и захвачены фантазиями о своих выдающихся достижениях. Неудивительно, что они чрезвычайно чувствительны к критике, которая может вызвать у них чувство унижения, опустошенности или исступленной ярости (Widiger & Frances, 1994). Показателен следующий случай.

Разбор случая: аспирант с нарциссическим расстройством личности. 25-летний одинокий аспирант жалуется психоаналитику на то, что ему трудно дописать диссертацию по английской литературе, а также выражает озабоченность по поводу отношений с женщинами. Он считает, что своими тезисами сумеет сказать новое веское слово в науке и тем прославиться. Однако он так и не продвинулся дальше третьей главы. Его руководитель, похоже, не слишком воодушевлен его идеями, и пациент взбешен этим, но также сомневается в себе и ощущает стыд. В своем простое он винит руководителя. Он также считает, что его великая идея заслуживает большей поддержки и что руководитель должен помочь ему с кое-какими исследованиями. Пациент утверждает, что обладает высокой креативностью, жалуется на других людей, говоря, что поэтому они завидуют ему. Он очень сильно завидует аспирантам, у которых дело подвигается быстрее, и называет их «скучными занудами и подхалимами». Он гордится своими достижениями в учебной работе и воображает, что когда-нибудь станет великим ученым.

Пациент очень влюбчив и переживает яркие и навязчивые фантазии о каждой женщине, с которой встречается, но опыт нескольких половых актов разочаровал его; он находит их скучными, грязными и физически отвратительными. У него много «друзей», но они быстро исчезают, и ни одни дружеские отношения не длятся долго. Люди устают от его постоянной саморекламы и безразличия к их мнению. Рождество, например, он встречал в одиночестве и требовал от своего лучшего друга, чтобы тот остался в городе, а не ехал к семье. Друг отказался, критикуя пациента за эгоизм. В ответ он, придя в ярость, решил никогда больше не общаться с другом (Spitzer et al., 1981, pp. 52–53).

Нарциссическое личностное расстройство чаще встречается у мужчин, чем у женщин (American Psychiatric Association, 1994; Golomb et al., 1995), хотя не все исследования подтверждают это. Оно считается относительно редким по сравнению с некоторыми другими личностными расстройствами, охватывая приблизительно 1% лиц в популяции. С учетом наличия общих черт у истероидного и нарциссического личностных расстройств, Уидигер и Трулль (Widiger & Trull, 1993) предприняли попытку суммировать основные различия следующим образом:

«Истероидный индивид склонен быть более эмоциональным и театральным, чем нарциссический, и, хотя оба они тяготеют к беспорядочным связям, нарциссист бывает, скорее, хладнокровным эксплуататором, тогда как истероид явно находится в более бедственном положении. Оба — эксгибиционисты, но истероидный индивид ищет внимания, тогда как нарциссический — восхищения» (р. 388).

Индивиды с нарциссическими личностными паттернами могут не обращаться за психологической помощью, так как считают себя едва ли не совершенством, которое не нуждается в изменениях. Те же, кто обращается, чаще делают это по настоянию другого лица, например мужа или жены. Они могут преждевременно прерывать терапию, особенно если терапевт расположен к конфронтации и ставит под вопрос их эгоистичное поведение. Большая часть всех сведений о нарциссическом личностном расстройстве получена благодаря психоаналитической терапии и последующим работам по эго-аналитической психологии и психологии Я (Kernberg, 1984, 1985, 1996; Kohut & Wolff, 1978). К сожалению, однако, на сегодняшний день нет никаких исследований, способных документально подтвердить эффективность данного (или иного) метода лечения нарциссического личностного расстройства.

Асоциальное личностное расстройство

Индивиды с **асоциальным личностным расстройством (АСЛР)** систематически попирают и дискредитируют права окружающих посредством лживого, агрессивного или асоциального поведения. При этом им не свойственно раскаиваться и быть преданным кому бы то ни было. Они импульсивны, раздражительны, агрессивны и в целом ведут себя безответственно. Более того: в соответствии с *DSM*, этот паттерн поведения должен наблюдаться с 15-летнего возраста. До этого у человека должны быть в анамнезе симптомы нарушенного поведения — похожего расстройства детского и раннего подросткового возраста, сопровождающегося устойчивыми паттернами агрессии по отношению к людям или животным, уничтожением собственности, лживостью или воровством, а также серьезным попранием правил домашнего и школьного распорядка (глава 14). У некоторых людей с асоциальным личностным расстройством достаточно интеллекта и социального обаяния, чтобы разрабатывать и реализовывать сложные схемы обмана больших групп людей. Под эту категорию часто подпадают мошенники. Это расстройство гораздо чаще встречается у мужчин (около 3%), чем у женщин, среди которых подобные лица составляют приблизительно 1% (например, Golomb et al., 1995; Robins et al., 1984). Так как этот паттерн был изучен лучше других, он будет подробнее рассмотрен ниже. Здесь мы остановимся на его кратком клиническом описании.

Разбор случая: вор с АСЛР. 22-летний Марк появился в психологической клинике по постановлению суда. Он ожидал судебного разбирательства в связи с угоном автомобилей и вооруженным грабежом. Из его медицинской карты следовало, что он неоднократно попадал под арест, начиная с 9 лет, когда его задержали за вандализм. Его исключили из средней школы за хулиганство и лживость. Он много раз убегал из дома и отсутствовал несколько дней или недель, всегда возвращаясь в непотребном, «потрепанном» виде. Ни на одной работе он не задерживался дольше нескольких дней, несмотря даже на то, что его в целом обаятельные манеры позволяли ему

с легкостью находить себе место. Как правило, вскоре, невзирая на первоначальное обаяние, Марк отталкивал от себя тех, с кем встречался, своим агрессивным, эгоистичным поведением.

В ходе терапевтической сессии Марк держался приветливо и любезно. К ее окончанию он воодушевленно говорил терапевту, как здорово ему помогло консультирование, порывался договориться о будущих сессиях. Первая сессия стала для Марка последней. Вскоре после нее он скрылся от поручителя и, вероятно, покинул город, чтобы избежать суда.

С учетом некоторого пересечения критериев для нарциссического и асоциального личных расстройств Уидигер и Трулль (Widiger & Trull, 1993) отметили, что самое главное отличие состоит в следующем: «Нарциссическая эксплуатация в большей степени объясняется желанием продемонстрировать власть, авторитет и превосходство, нежели личной, материальной выгодой, которую преследует асоциальная личность» (p. 388).

Пограничное личностное расстройство

Индивиды с **пограничным личностным расстройством (ПЛР)** отличаются паттерном поведения, для которого характерны импульсивность и непостоянство в межличностных отношениях, представлении о себе и настроении. У термина *пограничная личность* долгая и довольно сложная история (Widiger & Trull, 1993). Первоначально им, как правило, обозначалось состояние «границы» между невротическими и психотическими расстройствами (аналогично понятию *пограничной шизофрении*). Однако впоследствии значение термина *«пограничное»* стало отождествляться с шизотипичным расстройством личности, которое, как было сказано выше, биологически родственно шизофрении. После появления *DSM-III* термин *пограничное личностное расстройство* употреблялся в отношении людей со «стойкими личностными чертами нестабильности и ранимости» (Widiger & Trull, 1993, p. 372), и ныне он уже не рассматривается как родственный шизофрении.

У людей с пограничной личностью отмечаются серьезные нарушения базисной идентичности. Их ощущение собственного «я» чрезвычайно неустойчиво. При таком крайне нестабильном представлении о себе неудивительно, что для них характерны также весьма нестабильные отношения. Например, они предпринимают отчаянные усилия, чтобы избежать реальной или воображаемой ситуации, в которой их могут покинуть. Возможно, это связано с тем, что они испытывают сильный страх быть покинутыми. Чувствуя, что ими пренебрегают, они способны, например, наносить словесные оскорбления близким или угрожать самоубийством, столкнувшись с малейшим препятствием. При подобных паттернах поведения нельзя удивляться тому, что в их биографии обычно присутствуют тесные, но бурные отношения, обычно сопровождающиеся сверхидеализацией друзей или возлюбленных, что в дальнейшем заканчивается горьким разочарованием и потерей иллюзий (Gunderson, Zanarini & Kisiel, 1995). Их настроение также весьма неустойчиво. Например, они могут сердиться по малейшему поводу и не контролируют свой гнев. Они плохо переносят фрустрацию, а также испытывают хроническое чувство опустошенности, часто сопровождаемое непереносимостью одиночества. Их крайняя аффективная неустойчивость отражается в резких сдвигах настроения и им-

пульсивных или эксцентричных саморазрушительных паттернах поведения, например в безудержном мотовстве в процессе азартных игр, в сексе, при злоупотреблении психоактивными веществами, переедании или дорожном лихачестве. Для клинической картины характерны суицидные попытки, часто откровенно манипулятивные (Soloff et al., 1994), а членовредительство является одним из наиболее отличительных признаков пограничной личности (Widiger et al., 1986). В некоторых случаях самоповреждающее поведение сопровождается снижением тревоги или дисфорией. Исследования подтверждают, что такие действия могут сопровождаться аналгезией (отсутствием болевого переживания на фоне теоретически болезненного стимула) (Figueroa & Silk, 1997; Russ et al., 1994). Суицидные попытки, предпринимаемые лицами с пограничным личностным расстройством, не всегда бывают только манипулятивными; перспективные исследования показывают, что от 3 до 9% таких людей, в конце концов, совершают самоубийство (Soloff et al., 1994). Следующий случай иллюстрирует риск суицида и членовредительства, часто свойственный пограничным личностям.

Разбор случая: членовредительство у женщины с пограничным расстройством. 26-летняя неработающая женщина была направлена в стационар своим терапевтом в связи с попытками суицида: желанием изрезать себя бритвой.

Пациентка прекрасно училась в средней школе вплоть до предпоследнего класса, когда она увлеклась религией и философией, стала избегать друзей и напряженно размышляла, кто она есть. Ее успеваемость оставалась неплохой, но в дальнейшем, в колледже, снизилась. Она начала употреблять разнообразные наркотики, отказалась от религии, которую исповедовали в семье, и, возможно, искала харизматическую религиозную фигуру, чтобы идентифицироваться с ней. Временами ее охватывала сильнейшая тревога, и она пришла к открытию, что та внезапно проходит, если порезать предплечье бритвой.

Три года назад она стала получать психотерапию и сначала с готовностью идеализировала своего терапевта, находя его невероятно прозорливым и чутким. Позднее она начала относиться к нему враждебно и требовательно, желая все больше и больше сессий, иногда по две в день. Ее жизнь сосредоточилась на терапевте; все другие люди к тому моменту были из нее вычеркнуты. Хотя ее враждебность к терапевту была очевидна, она не могла это ни осознать, ни сдержать. Трудности общения с терапевтом завершались многочисленными порезами предплечья и суицидальными угрозами, которые привели к госпитализации (Spitzer et al., 1994, p. 233).

Клинические наблюдения за людьми с пограничным личностным расстройством четко указывают на неспособность достигнуть гармоничного ощущения своего «я» как главный предрасполагающий причинный фактор. Этим людям не удается завершить процесс приобретения гармоничной и устойчивой самоидентичности? и это фиаско ведет к осложнениям в межличностных отношениях.

Несмотря на то что люди с пограничным личностным расстройством обычно ориентируются в обстоятельствах и окружающей обстановке, у них бывают относительно кратковременные, или преходящие, эпизоды, когда кажется, что они потеряли контакт с реальностью и бредят или переживают другие психозоподобные симптомы: галлюцинации, параноидальные убеждения, искажения образа тела или диссоциативные симптомы. У госпитализированных больных с тяжелым пограничным личностным расстройством психотические симптомы могут возникать

часто и длиться подолгу. Установлено, что у 20–40% людей с таким расстройством развивается преходящий систематизированный бред (ложные убеждения) и галлюцинации (ложные сенсорные перцепции) (Gunderson et al., 1995). Среди больных с диссоциативными симптомами риск членовредительства представляется особенно высоким (Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995).

Установлено, что диагнозу пограничного личностного расстройства могут удовлетворять около 2% населения, хотя они представляют диспропорциональное количество больных, находящихся как в стационарных, так и в амбулаторных условиях (Widiger & Trull, 1993). Есть данные о том, что около 8% амбулаторных и около 15% стационарных больных, обращающихся за помощью, имеют пограничное личностное расстройство. Примерно 75% индивидов, которым ставится данный диагноз, — женщины.

Коморбидность с другими расстройствами I оси

С учетом многочисленных и разнообразных симптомов и дефектов ощущения личностной идентичности, неудивительно, что данное личностное расстройство обычно сочетается с различными другими, относящимися к I оси, в диапазоне от расстройств настроения и тревожных расстройств (особенно панического и ПТСР) до злоупотребления психоактивными веществами и расстройств питания (Widiger & Trull, 1993). Особенно выражена его связь с расстройствами настроения, так, что в какой-то момент своей жизни около 50% лиц с ПЛР также удовлетворяет диагнозу расстройства настроения (Widiger & Trull, 1993). В прошлом это заставило некоторых исследователей предположить, что пограничные расстройства располагаются ближе к «границе аффективных», нежели шизофренических психозов (Akiskal et al., 1985, p. 45), или что пограничное личностное расстройство может представлять собой «в буквальном смысле пограничное состояние между патологией личности и патологией настроения» (Widiger & Trull, 1993, p. 377). Это означает, что у пограничной личности имеет место как нарушение способности регулировать свое настроение, так и патология структуры личности (Soloff, Cornelius & George, 1991).

Взаимное пересечение пограничной личности и депрессии частично связано с пересечением симптомов, наличие которых необходимо для постановки диагнозов пограничного личностного расстройства и расстройств настроения. Несмотря на наличие этой внешней особой связи между данными расстройствами, сейчас всеми признано, что это не так (Gunderson & Philips, 1991). Например, другие расстройства II оси сочетаются с депрессией чаще, чем пограничное личностное расстройство. Более того: переживание депрессии пограничными личностями в известном смысле отчетливо отличается от переживаний других депрессивных лиц тем, что в первом случае чаще присутствует хроническое чувство одиночества (Soloff et al., 1991; Westen et al., в изложении Gunderson & Philips, 1991). Кроме того, пограничные пациенты гораздо чаще считают свои отношения с друзьями и близкими враждебными и непрочными, а также демонстрируют более первазивную дисфункцию в социальных отношениях, чем депрессивные больные (Benjamin & Wonderlich, 1994; Sack et al., 1996). Помимо того, пограничные пациенты с депрессией не так хорошо поддаются традиционному лечению основными антидепрессантами, как другие депрессивные больные (Gitlin, 1996; Gunderson & Philips, 1991).

Коморбидность с другими личностными расстройствами

Пограничное личностное расстройство нередко сочетается и со многими другими личностными расстройствами, особенно с истероидным, зависимым, асоциальным и шизотипичным. Тем не менее Уидигер и Трулль (Widiger & Trull, 1993) отметили, что прототипическую пограничную личность можно отличить от прочих следующим образом: «Прототипическая эксплуатация окружающих пограничными личностями обычно является злобной и импульсивной реакцией на разочарование, тогда как у личностей асоциальных она представляет собой расчетливое, не отягощенное чувством вины действие, направленное на извлечение личной выгоды. Сексуальность может играть большую роль в отношениях истероидных, нежели пограничных личностей, что явствует из свойственной первым тенденции к эротизации ситуации, соперничеству с представителями одного с ними пола и неуместным обольщающим действиям. Прототипическая шизотипичная личность не обладает эмоциональностью, отличающей пограничную личность, однако ей свойственна большая тяга к уединению и странному, чудаковатому поведению» (p. 377).

Избегающее личностное расстройство

Для индивидов с **избегающим личностным расстройством** характерен паттерн крайней социальной заторможенности и интроверсии, ведущий к пожизненным паттернам ограниченности социальных отношений и нежелания вступать в социальные интеракции. Будучи гиперсензитивными к критике, испытывая чувство боязни, они не ищут чужого общества; и в то же время им хочется любви, они часто страдают от одиночества и тоски. В отличие от шизоидных лиц, одиночество их не радует; неспособность спокойно общаться с другими людьми вызывает острую тревогу и сопровождается низким самоуважением и чрезмерной застенчивостью. В связи с гиперсензитивностью, при малейших признаках отвержения или социального пренебрежения они готовы видеть насмешки и оскорбления даже там, где ничего подобного не имелось в виду, как видно из следующего случая.

Разбор случая: библиотекарь с избегающим личностным расстройством. Салли, 35 лет, библиотекарь, вела сравнительно уединенную жизнь; у нее было мало знакомых и не было близких друзей. С детских лет она боялась, что ее обидят или подвергнут критике, а потому была очень робкой и воздерживалась от установления тесных отношений с окружающими. За два года до начала психотерапии она отправилась на свидание с человеком, с которым познакомилась в библиотеке; они были приглашены на вечеринку. К моменту, когда они прибыли на место, Салли чувствовала себя крайне неуютно, потому что была «плохо одета». Она быстро ушла и отказалась от дальнейших встреч со своим знакомым. Этот случай не давал ей покоя на протяжении двух лет. Именно это послужило причиной обращения Салли к психотерапевту, хотя она страшно боялась, что тот будет ее осуждать.

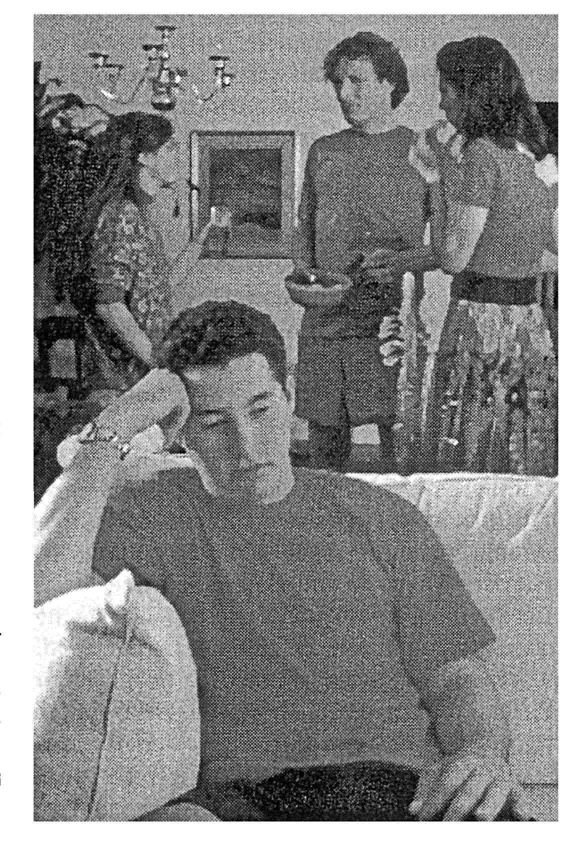
На первых лечебных сессиях она большую часть времени сидела молча, находя слишком трудным говорить о себе. После нескольких сессий Салли прониклась доверием к терапевту и перечислила множество случаев из детства, когда бывала «опустошена» отвратительным поведением на людях своего отца-алкоголика. Она старалась сделать все, чтобы школьные товарищи ничего не знали об ее домашних проблемах.

Однако Салли пришлось, когда скрывать это уже стало невозможно, ограничить круг друзей, защищая себя от неловких ситуаций и критики.

Когда Салли только начала лечиться у психотерапевта, она сторонилась людей до тех пор, пока не приобретала уверенность в том, что «нравится им». По ходу терапии, которая фокусировалась на улучшении ее социальных навыков и успешности, Салли достигла некоторого прогресса в сближении и общении с людьми.

Настоятельная потребность Салли избегать ситуаций, вызывающих у нее чувство стеснения, является главным отличительным признаком избегающей личности. Жизнь полна риска, но некоторые люди не в состоянии вынести даже малейшей опасности оказаться в неловком положении или подвергнуться критике. Они хотят гарантированного успеха, прежде чем примутся за что-либо, и, если таких гарантий нет, просто не вступают в игру.

Из результатов некоторых исследований следует, что избегающее расстройство может быть биологически обусловленным и часто возникает в младенчестве или в детстве, подкрепляется факторами окружающей среды и далее превращается в высоко устойчивый и хронический поведенческий паттерн (Alden & Kapp, 1988; Kagan, 1997; Kagan, Reznick & Snidman, 1988). Главное его отличие от нелюдима с шизоидной личностью состоит в том, что избегающий индивид гиперсензитивен к критике, тогда как человек с шизоидной личностью равнодушен, холоден и безразличен к ней (Millon & Martinez, 1995). Избегающую личность нелегко отличить и от зависимой. В данном случае отличием может быть то, что зависимым индивидам очень трудно обособиться в отношениях в силу чувства собственной некомпетентности, тогда как избегающим лицам сложно завязывать эти отношения, ибо они боятся критики и отвержения (Millon & Martinez, 1995). Кроме того, зависимая личность сосредоточена прежде всего на заботливом отношении к ней, тогда как



Главное различие между нелюдимами с избегающим и шизоидным личностными расстройствами состоит в том, что избегающий индивид гиперсензитивен к критике, робок и неуверен. Шизоидный индивид холоден, равнодушен и безразличен к критике.

избегающая — на избегании унижения и отвержения (American Psychiatric Association, 1994). Однако следует отметить, что эти два расстройства достаточно часто сочетаются.

Еще одной серьезной проблемой является дифференцирование между избегающим личностным расстройством и генерализованной социальной фобией (глава 5). В ходе многочисленных исследований было выявлено значительное сходство между этими расстройствами и сделан общий вывод, согласно которому избегающее личностное расстройство — более тяжелая форма генерализованной социальной фобии (Alpert et al., 1997; Holt, Heimberg & Hope, 1992; Noyes et al., 1995; Turner et al., 1992). Это согласуется с данными исследований, подтверждающими существование генерализованной социальной фобии без избегающего личностного расстройства и наличие очень немногих случаев избегающего личностного расстройства без генерализованной социальной фобии. В этом случае наблюдается совпадение с данными, где индивиды с избегающим личностным расстройством отличаются несколько более высоким уровнем дисфункции и дистресса, включая большую его устойчивость и низкое самоуважение (Millon & Martinez, 1995). Более того: оба расстройства поддаются лечению одними и теми же психофармакологическими препаратами (Gitlin, 1996; Liebowitz et al., 1992). Эти факты привели Уидигера (Widiger, 1992) к предположению, что эти два расстройства «могут быть промежуточными состояниями между тревожными и личностными расстройствами и, по сути, подразумевающими одну и ту же психопатологию» (р. 341). Аналогичное мнение недавно было отражено в *DSM-IV*, где отмечается, что эти расстройства настолько близки, «что могут являть собой альтернативные представления об одних и тех же или сходных состояниях» (рр. 663–664).

Зависимое личностное расстройство

Индивиды с **зависимым личностным расстройством** отличаются крайней зависимостью от других людей, особенно своей потребностью в заботе, что приводит к навязчивому и подчиненному поведению. Они также начинают сильно волноваться и даже пугаются при возможности разлуки или простой необходимости побыть какое-то время в одиночестве, что часто приводит к необоснованным обращениям за неотложной медицинской помощью (Bornstein, 1992, 1997). Такие индивиды обычно окружают себя людьми. Они подчиняют свои потребности и взгляды чужим интересам, чтобы удерживать людей рядом с собой, что нередко ведет к неразборчивости в выборе товарищей. В случае некорректного обращения они, как правило, не могут выказать окружающим свой гнев, что вызвано страхом лишения их поддержки, из-за чего способны сохранять тесные отношения с людьми, которые оскорбляют их либо психологически, либо физически. Им крайне трудно принимать даже самые обыденные решения, не заручившись многочисленными советами и гарантиями. Это может быть связано с тем, что им не хватает чувства уверенности и они ощущают себя беспомощными, даже имея хорошие социальные навыки или иные способности. Они могут хорошо функционировать, если от них не требуется самостоятельности. В представленном ниже случае женщина с зависимым личностным расстройством пережила сильный дистресс и ей пришлось обратиться за помощью, когда ее бросил муж.

Разбор случая: мать с зависимым личностным расстройством. Сара, 32-летняя мать двоих детей, работающая бухгалтером по налогообложению с неполной занятостью, однажды вечером обратилась в кризисный центр, после того как ее муж Майкл, с которым она прожила полтора года, оскорбил ее действием и ушел из семьи. Он, хотя ни разу не бил детей, часто грозился это сделать, когда был пьян. Сара выглядела крайне встревоженной и обеспокоенной своим будущим; ей хотелось узнать «как быть дальше». Она хотела, чтобы ее муж вернулся, и ее, казалось, совершенно не волновала его склонность к рукоприкладству. В свою очередь, он, на тот момент безработный, лечился в специальном реабилитационном учреждении по программе амбулаторной помощи закодированным наркоманам и алкоголикам, призванной обучать воздержанию от всех аддиктивных веществ посредством отвращения к ним и единения с группой.

Хотя Сара хорошо зарабатывала, она сомневалась в своей самостоятельности. Она понимала, что «глупо» было зависеть от мужа, которого она сама называла «законченным неудачником». (С первым мужем, который бросил ее с ребенком, когда ей было 18, у нее были такие же отношения.) За последние месяцы Сара несколько раз собиралась подать на развод, но так и не решилась это сделать. Она грозилась уйти, но, когда наступало время переходить к действиям, «застывала на пороге», чувствуя слабость во всем теле и пустоту в желудке при мысли о «жизни без Майкла».

Из-за неуверенности в себе зависимые личности пассивно разрешают посторонним принимать за них жизненно важные решения: где им жить и работать, с кем дружить и даже как проводить свободное время. Такие индивиды, как правило, кажутся «бескорыстными» и ласковыми, так как не чувствуют себя вправе обнаруживать даже намеки на собственную индивидуальность. Они часто охвачены страхом, что их бросят, оставят в одиночестве, и если одни отношения прекращаются, то пытаются безотлагательно завязать новые. В качестве сопутствующего диагноза для людей с зависимым личностным расстройством нередко могут быть тревожные расстройства (особенно социальная фобия, паническое расстройство или генерализованное тревожное расстройство) (Bornstein, 1995). У больных с расстройствами питания зависимое личностное расстройство также встречается очень часто.

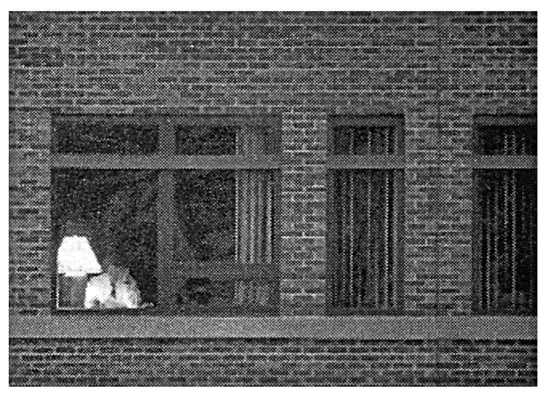
Некоторые черты зависимого личностного расстройства напоминают черты пограничного, истероидного и избегающего расстройств, но существуют и различия. Например, пограничные и зависимые лица одинаково боятся быть брошенными. Однако человек с пограничным расстройством, оказавшись в такой ситуации, реагирует чувством опустошенности или ярости. В то время как зависимый индивид реагирует прежде всего смирением и попытками уладить дело; если он и остается в одиночестве, то немедленно пускается на поиски новой связи. Более того: для зависимой личности не характерен тот паттерн неистовых и бурных отношений, которым отличается индивид с пограничным расстройством. Как истероидные, так и зависимые индивиды испытывают сильную потребность в утешении и одобрении. Истероидные лица намного общительнее, напыщеннее, более активно требуют к себе внимания, тогда как зависимые покладистее и скромнее. Наконец, как уже отмечалось, избегающие и зависимые личности объединяет чувство неполноценности и гиперсензитивность. Однако избегающий индивид более робок в социальном плане и не пробует налаживать отношения, чтобы не быть отвергнутым, тогда как зависимый человек стремится к построению отношений, невзирая на страх отвержения (Hirschfeld, Shea & Weise, 1995).

Обсессивно-компульсивное личностное расстройство

Индивиды с **обсессивно-компульсивным личностным расстройством (ОКЛР)** отличаются перфекционизмом и чрезмерной заботой о поддержании порядка. Они также озабочены сохранением сознательного межличностного контроля посредством тщательного соблюдения правил и расписаний. Такие люди, боясь ошибиться, крайне осмотрительны в делах и многократно проверяют себя, чтобы подстраховаться. Поскольку мелочи, которыми они поглощены, зачастую тривиальны, они тратят время впустую. Кроме того, их перфекционизм нередко оказывается совершенно дисфункциональным в связи с тем, что задуманное никогда не доводится до конца. Такие люди все отдают работе, жертвуя досугом; им трудно расслабляться или сосредоточиваться только на развлечениях (Widiger & Frances, 1994).

В соответствии с существующими представлениями, главным отличием людей с обсессивно-компульсивным личностным расстройством является их чрезмерное чувство ответственности, включающее в себя стремление быть осмотрительными, дисциплинированными, компетентными, целеустремленными и организованными, а также абсолютно ригидные морально-этические установки (Widiger & Frances, 1994). Кроме того, им трудно расстаться со старыми, пришедшими в негодность предметами обихода; иногда у них развиваются крайние скупость, жадность. Им трудно делиться своими полномочиями с другими людьми, они отличаются крайней инертностью и упрямством. Неудивительно, что окружающие считают обсессивно-компульсивных индивидов ригидными, чопорными и холодными.

Ранее предполагалось, что обсессивно-компульсивное личностное расстройство представляет собой диатез в плане развития полномасштабного обсессивно-компульсивного расстройства (глава 5). В настоящее время эта точка зрения считается ошибочной (Pfohl & Blum, 1995), хотя некоторые исследователи придерживаются мнения, что имеющиеся данные еще недостаточно убедительны. Например, в двух исследованиях, предпринятых Баером с коллегами (Baer et al., 1990, 1992), было обнаружено, что лишь от 6 до 16% больных с обсессивно-компульсивным расстройством удовлетворяет критериям для обсессивно-компульсивного личностного расстройства; другое, более позднее исследование показало, что критериям для ОКЛР удовлетворяет 30% больных (Diaferia et al., 1997). Понятно, что эти цифры, несомненно, были выше, если бы личностное расстройство служило диатезом для обсессивно-компульсивного расстройства (Pollak, 1995). Более того,



Человек с обсессивно-компульсивным личностным расстройством отличается высоким перфекционизмом, который серьезно мешает ему доводить до конца разнообразные замыслы. Такие люди слишком преданы своей работе. Кроме того, они абсолютно ригидны в морально-этических вопросах, и им трудно делиться своими полномочиями с другими. Также они склонны быть беспощадными к себе и окружающим.

из обзоров научной литературы следует, что приблизительно у 35% людей с обсессивно-компульсивным расстройством нет никаких обсессивно-компульсивных личностных черт (Barlow, 1988) и что оно чаще встречается при двух других личностных расстройствах: зависимом и избегающем (Pfohl & Blum, 1995).

Чтобы подчеркнуть различие между этими двумя расстройствами, вспомним, что при развернутом обсессивно-компульсивном расстройстве человек страдает от постоянного вторжения особенно неприятных мыслей или образов (обсессий), которые являются источником сильнейшей тревоги или дистресса. Последние можно ослабить только при помощи компульсивных ритуалов, например гигиеническими процедурами или проверками. Значительная часть жизни такого человека может быть потрачена на регулярное исполнение этих обрядов. Для людей с обсессивно-компульсивным личностным расстройством характерен, напротив, стиль жизни, отмеченный сверхсознательностью, отсутствием гибкости, перфекционизмом без выраженных обсессий и компульсивных ритуалов. Несмотря на то что такие люди могут переживать по поводу соответствия выполненной работы их собственным строгим стандартам, в отличие от индивидов с обсессивно-компульсивным расстройством, свойственная им компульсивность их не тревожит. В представленном ниже случае можно видеть пример обсессивно-компульсивной личности.

Разбор случая: Алан, обсессивно-компульсивная личность. Казалось, что Алан, работавший диспетчером на железной дороге, находится на своем месте. Он был добросовестен, отличался перфекционизмом и был внимателен к любым мелочам. Однако он не поддерживал тесных отношений с сослуживцами, и те, по их словам, считали, что он немного «не в себе». Он сильно расстраивался при малейших изменениях в своем обыденном расписании. Например, он весьма раздражался, когда его сослуживцы нарушали тщательно составленные им графики и планы. Если он застревал в пробке, то колотил по рулевому колесу и проклинал других водителей, заставляющих его ждать.

Короче говоря, Алан получал мало удовольствия от жизни и постоянно переживал из-за пустяков. Следовать его жестким правилам было невозможно, и у него, когда он не мог выполнить свои запутанные планы, часто возникали головные боли от напряжения или боли в животе. Его врач, обративший внимание на слишком частые жалобы соматического порядка и достаточно перфекционистский подход к жизни, направил его на психологическое освидетельствование. Алану порекомендовали психотерапию, хотя прогноз в отношении значительных поведенческих изменений представлялся сомнительным. Он не стал выполнять лечебных рекомендаций, так как посчитал, что не может позволить себе отвлекаться от работы.

Некоторые черты обсессивно-компульсивного личностного расстройства пересекаются с чертами нарциссического, асоциального и шизоидного расстройств, хотя между ними есть и различия. Перфекционизм, например, присущ как людям с обсессивно-компульсивным личностным расстройствам, так и нарциссическим индивидам. Однако нарциссический индивид более претенциозен и склонен считать, что уже достиг совершенства, тогда как обсессивно-компульсивный человек нередко бывает весьма самокритичным. Общей чертой индивидов с нарциссическим и асоциальным личностными расстройствами может быть также недостаточное великодушие по отношению к другим людям, что свойственно обсессивно-компульсивной личности, но первые склонны извинять себя, тогда как последние одинаково черствы как к себе, так и к окружающим. Наконец, и шизоидные, и об-

сессивно-компульсивные индивиды могут отличаться известным формализмом и социальной отчужденностью, но только шизоидная личность не способна к построению близких отношений. Обсессивно-компульсивной личности трудно поддерживать межличностные отношения из-за чрезмерной преданности работе и неумения выражать свои чувства.

Условные категории личностных расстройств в *DSM-IV*

Пассивно-агрессивное личностное расстройство

Одним из самых спорных личностных расстройств считается **пассивно-агрессивное личностное расстройство**. Важной причиной, по которой этот диагноз вызывает сомнения, служит недостаточное эмпирическое подкрепление его надежности и валидности. Отчасти это связано с тем, что речь в данном случае может идти больше о ситуационной реакции, нежели о черте личности. Подобная реакция возникает, в частности, в случаях, когда индивид возмущен налагаемыми на него ограничениями, необходимостью следовать различным правилам и установкам (Widiger & Chat, 1994). Поэтому, невзирая на то что данное расстройство включалось в *DSM-III* и *DSM-III-R*, в *DSM-IV*, оно было помещено в Приложении и сопровождалось некоторыми новыми критериями, которые нуждаются в дальнейшем изучении, чтобы можно было получить более точное концептуальное представление о нем (Millon & Radovanov, 1995).

Согласно существующему сегодня мнению, люди с пассивно-агрессивным личностным расстройством демонстрируют первазивный паттерн пассивного сопротивления требованиям социальной или производственной ситуации. Для них также характерен паттерн негативистских установок, не связанный с сопутствующими тяжелыми депрессивными или дистимическими состояниями. Их пассивное противодействие требованиям оказывается разными способами, начиная от простого сопротивления выполнению рутинных задач и заканчивая угрюмой медлительностью, конфликтностью или чередованием неповиновения с подчинением. Такие люди обычно жалуются на то, что их не понимают и недооценивают, и в то же время могут глубоко презирать и порицать стоящих над ними. Они также сетуют на свою невезучесть и завидуют другим людям, которые кажутся более удачливыми.

Паттерн пассивно-агрессивной личности представлен в следующем случае.

Разбор случая: пассивно-агрессивный психиатр. На первую беседу 34-летний психиатр опоздал на 15 минут. Недавно его уволили из психиатрического центра, так как он, по словам начальника, часто опаздывал на работу и собрания, пропускал приемы, забывал о назначенных встречах, поздно подавал отчеты, отказывался выполнять инструкции и казался незаинтересованным в своем деле. Он был удивлен и возмущен. Пациент полагал, что если взять во внимание невыносимые условия, в которых ему приходилось трудиться, то он просто замечательно справлялся с делом, и считал своего начальника слишком назойливым и требовательным. Тем не менее он признал, что у него длительное время не складываются отношения с начальством.

Пациент состоит в несчастливом браке. Он жалуется на жену, называя ее «придирой», говоря, что она его не понимает. Жена, в свою очередь, жалуется на его необязательность и упрямство. Он отказывается от любых домашних работ и часто не доводит до конца то немногое, за что считает себя ответственным. Декларация о доходах подается с опозданием, счета не оплачиваются. Пациент общителен и весьма обаятелен.

Однако друзей, как правило, раздражает его нежелание считаться с компанией. Если, например, ему не хочется идти в ресторан, то он дуется весь вечер или «забывает» бумажник (по Spitzer et al., 1989, pp. 107–108).

Итак, пассивно-агрессивная личность в проблемной ситуации не вступает в прямую конфронтацию, оказывая пассивное сопротивление посредством медлительности, забывчивости или мрачного настроения. Эти характерные способы реагирования, неэффективное поведение досаждают окружающим, а также вызывают фрустрацию у самого индивида, поскольку его действия не ведут к конструктивному решению проблем.

Депрессивное личностное расстройство

Второй условной категорией в Приложении к *DSM-IV* является **депрессивное личностное расстройство**. Люди с этим расстройством демонстрируют паттерн депрессивных когниций и поведения, который возникает при вступлении в зрелый возраст и первазивен по своему характеру. Обычно они чувствуют себя несчастными и пребывают в унынии, а также склонны испытывать чувство неполноценности, никчемности или вины. Они достаточно самокритичны и также могут осуждать других людей. Кроме того, им свойственны пессимизм и беспокойство. Несмотря на то что в этом случае акцент на искаженных когнициях и межличностных чертах оказывается большим, чем при дистимическом расстройстве (глава 6), остается много вопросов о валидности разграничения, проводимого между этими двумя диагнозами (Hirschfeld, 1994). В частности, трудно найти различие между ранним дебютом дистимии и депрессивным личностным расстройством. Тем не менее Кляйн и коллеги (Klein et al., 1993; Klein & Shih, 1998) представили предварительные доказательства того, что диагноз депрессивного личностного расстройства предполагает нечто иное и что большинство пациентов, которым его ставят, не удовлетворяет критериям для дистимии. Возможно, оно сопровождается меньшим количеством депрессивных симптомов, чем дистимия (см. также Hirschfeld, 1994). Следовательно, сохраняется возможность того, что такие первазивные личностные черты, как пессимизм, чувство вины и самокритичность, наблюдаемые при депрессивном личностном расстройстве, не всегда бывают оптимальным показателем нарушенной регуляции настроения, как принято это считать в случае дистимии (Hirschfeld, 1994; Widiger & Chat, 1994). Однако остаются другие вопросы относительно пересечения этой условной диагностической категории с другими родственными личностными расстройствами, особенно зависимым, избегающим и обсессивно-компульсивным (Philips et al., 1995).

Общий обзор личностных расстройств

Аарон Бек и его коллеги предложили удобную общую схему, которая позволяет вычленить отдельные сходства и различия между личностными расстройствами (Beck & Freeman, 1990; Pretzer & Beck, 1996). Согласно их мнению, людей с личностными расстройствами можно охарактеризовать по нескольким разным направлениям, включая используемые ими межличностные стратегии. Различие межличностных стратегий подразумевает разное использование межличностного пространства. Например: «Индивиды могут перемещаться или располагаться против, по направлению, вдали от, над и под другими людьми. Зависимый индивид пере-

мещается *по направлению к* ним и часто — *под* них (покорный, раболепный). Другой «тип» *стоит на месте* и мешает людям: пассивно-агрессивный индивид. Нарциссический индивид ставит себя *над* людьми. Компульсивные индивиды могут становиться *над* людьми из соображений контроля. Шизоид отдаляется *от* людей, а избегающий индивид приближается к ним, с тем чтобы после *отпрянуть*. Истероидные личности используют пространство, чтобы *притягивать других* к себе... Эти векторы можно рассматривать как наглядные проявления специфических межличностных стратегий, связанных с отдельными личностными расстройствами» (Beck & Freeman, 1990, p. 40).

Каждое личностное расстройство характеризуется, кроме того, отдельным комплексом сверхразвитых поведенческих паттернов, а также комплексом недоразвившихся паттернов. Во многих случаях дефектные паттерны некоторым образом оказываются антиподами сверхразвитых качеств (Beck & Freeman, 1990; Pretzer & Beck, 1996). Эти сверхразвитые и недоразвившиеся паттерны проиллюстрированы в табл. 9.2.

Таблица 9.2

Типичные сверхразвитые и недоразвившиеся стратегии

Личностное расстройство	Сверхразвиты	Недоразвиты
Обсессивно-компульсивное	Контроль	Спонтанность
	Ответственность	Жизнерадостность
Зависимое	Поиски помощи	Самодостаточность
	Навязчивость	Переменчивость
Пассивно-агрессивное	Автономность	Интимность
	Сопротивление	Ассертивность
	Пассивность	Активность
	Саботаж	Сотрудничество
Параноидное	Бдительность	Безмятежность
	Недоверчивость	Доверие
Нарциссическое	Самовозвеличивание	Альтруизм
	Соревновательность	Идентификация с группой
Асоциальное	Воинственность	Эмпатия
	Эксплуатация	Взаимодействие
	Хищничество	Социальная сензитивность
Шизоидное	Автономия	Интимность
	Изоляция	Взаимодействие
Избегающее	Социальная ранимость	Самоутверждение
	Избегание	Общительность
	Сдержанность	
Истероидное	Эксгибиционизм	Рефлексивность
	Экспрессивность	Контроль
	Импрессионизм	Систематизация

Источник: *из Beck & Freeman, 1990, p. 42.*

Наконец, Бек и коллеги высказали предположение о том, что любое личностное расстройство характеризуется определенными фундаментальными дисфункциональными убеждениями, которые люди с такими расстройствами имеют насчет себя и окружающего мира. Например, женщина с избегающим личностным расстройством, несомненно, оценивает себя как глупую и ни к чему не пригодную, тогда как других она будет считать потенциально критичными к ней или способными ее унизить. Ее основное убеждение окажется, скорее всего, таким: «Ужасно быть отвергнутой, униженной... Если люди узнают, какая я на самом деле, они не захотят иметь со мной дела» (Pretzer & Beck, 1996, p. 60). Мужчина с зависимым личностным расстройством также сочтет себя некомпетентным, но, кроме того, — несчастным и слабым, а сильных других — всемогущими и всезнающими. Его основное убеждение представляется следующим: «[Я] нуждаюсь в людях, чтобы выжить и быть счастливым» и/или «нуждаюсь в постоянной и прочной поддержке» (Pretzer & Beck, 1996, p. 60). В отношении ярких, эмоциональных личностных расстройств из кластера *B*, Бек с коллегами предположили, что люди с нарциссическим личностным расстройством видят себя особенными и неподражаемыми; других они считают низшими существами и ждут от них восхищения «как, главным образом, доказательства оправданности своих претензий и защиты своего высокого статуса» (Beck & Freeman, 1990, p. 49). Их основные убеждения звучат так: «Я особенный, и потому для меня существуют особые правила», «Я выше правил» и «Я лучше других» (Pretzer & Beck, 1996, p. 60). В отношении странных и эксцентричных личностных расстройств из кластера *A*, Бек с коллегами предположили, что люди с шизоидным личностным расстройством считают себя самодостаточными одиночками, а окружающих — навязчивыми чужаками. Их основные убеждения бывают такими: «Я сам по себе» (Beck & Freeman, 1990, p. 51) или «Общение неприятно [и] нежелательно» (Pretzer & Beck, 1996, p. 60).

Причинные факторы при личностных расстройствах

О причинных факторах при личностных расстройствах в настоящее время известно недостаточно, отчасти потому, что пристальное внимание к себе они привлекли лишь после опубликования в 1980 году *DSM-III*, и отчасти — в связи с трудностью изучения. Одна из проблем изучения причин личностных расстройств вызвана тем, что им свойственна выраженная коморбидность. Например, в обзоре 4 работ Уидигер с коллегами обнаружили, что 85% больных, удовлетворявших критериям для диагноза одного личностного расстройства, удовлетворял и критериям как минимум еще одного, а многие — нескольких расстройств (Widiger & Rogers, 1989; Widiger et al., 1991). Даже среди выборки лиц, не являвшихся пациентами, Циммерман и Кориелл (Zimmerman & Coryell, 1989) нашли тех, кто имел одно личностное расстройство, и почти у 25% было обнаружено как минимум два. Столь выраженная коморбидность усугубляет проблему изучения причин данных расстройств, поскольку нелегко определить, каким отдельным личностным расстройствам соответствуют те или иные причинные факторы.

Дополнительную проблему создает то обстоятельство, что многие люди с такими расстройствами никогда не попадают в поле зрения специалистов. Как прави-

ло, внимание клиницистов или представителей закона привлекают индивиды с развившимся полномасштабным расстройством, при котором возможно лишь *ретроспективное* исследование: изучение предшествовавших данному моменту, если таковые найдутся, записей и документов с целью восстановления цепочки событий, которые привели к развитию расстройства. Как мы уже видели, специалисты больше доверяют *перспективным* исследованиям, в ходе которых группы людей изучаются до возникновения расстройства и наблюдаются в течение какого-то времени, чтобы выяснить, у кого из них оно возникнет, какие в этом случае были причинные факторы.

Биологические факторы

Из возможных биологических факторов были выделены конституциональные реактивные наклонности у младенцев (высокая или низкая активность, поведенческая заторможенность, и так далее), которые способны предрасполагать их к развитию отдельных личностных расстройств. С учетом данных об умеренной наследуемости большинства черт личности (например, Carey & DiLalla, 1994) неудивительно, что появляется все больше доказательств генетической заинтересованности при некоторых личностных расстройствах (Livesley et al., 1994; Nigg & Goldsmith, 1994; Plomin et al., 1997; Siever & Davis, 1991). Результаты отдельных исследований говорят, например, о том, что генетические факторы могут играть важную роль в развитии параноидного личностного расстройства (Nigg & Goldsmith, 1994), шизотипичного расстройства личности (Kendler et al., 1991; Nigg & Goldsmith, 1994), пограничной личности (Widiger & Trull, 1993) и асоциального личностного расстройства (Carey, 1997; Gottesman & Goldsmith, 1994).

Кроме того, достигнут определенный прогресс в осмыслении психобиологического субстрата как минимум некоторых личностных расстройств (Depue, 1996; Hollander et al., 1994; Siever & Davis, 1991). Оказалось, например, что для людей с пограничным личностным расстройством характерно пониженное функционирование нейромедиатора *серотонина*, что может быть причиной их импульсивно-агрессивного поведения, таких, например, парасуицидных действий, как нанесение себе ножевых порезов рук (Figueroa & Silk, 1997; Hollander et al., 1994). У пациентов с пограничным личностным расстройством могут наблюдаться и нарушения в регуляции норадренергических нейромедиаторов (что оказывает влияние на функцию, рецепторы или концентрацию), аналогичные тем, что наблюдаются при хронических стрессовых состояниях типа ПТСР (глава 4). В частности, гиперреактивность норадренергической системы может быть связана с гиперсензитивностью к изменениям в окружающей среде (Figueroa & Silk, 1997). Кроме того, предрасположенность к преходящим психотическим симптомам может быть связана с недостаточностью допаминовых систем (Kernberg, 1996). Тем не менее, как и расстройства I оси, ни одно личностное расстройство не является всецело наследственным и ни одно из них нельзя объяснить исключительно биологическими причинами. В их происхождении важную роль играют психосоциальные и социокультурные факторы, и осмыслением этих расстройств на психологическом уровне должно дополняться любое понимание их биологической основы. Конечной целью является биопсихосоциальная интерпретация причин всех личностных расстройств, но сегодня мы далеки от ее достижения.

Психологические факторы

Раннее научение. Обычно считается, что среди всех психологических факторов раннее научение играет наибольшую роль в предрасположении индивида к развитию личностного расстройства, но это мнение пока еще мало подкреплено научными данными. Из результатов многих исследований следует, что развитие некоторых личностных расстройств может быть связано с жестоким обращением и заброшенностью в детские годы. Например, Занарини с коллегами (Zanarini et al., 1997) в своей работе, являющейся, вероятно, самым масштабным и оптимально организованным исследованием в этой области из всех, что были предприняты на сегодняшний день, представили результаты подробных интервью с 350 пациентами, у которых имелось пограничное личностное расстройство, и более чем со 100 больными, у которых были другие личностные расстройства (диагноз не сообщался интервьюерам). Пациенты с пограничным личностным расстройством значительно чаще упоминали о жестоком обращении в детстве, чем пациенты с другими расстройствами. Эмоциональную травму получили 73% против 51, физическую — 59% против 34, сексуальную — 61% против 32; аналогичные данные были получены в отношении холодного, безэмоционального отношения — 55% против 32. Повторные сексуальные травмы причинялись, как правило, не родителями и почти всегда сочетались с травмой и пренебрежением как минимум еще одной разновидности. В целом около 90% больных с пограничным личностным расстройством сообщили о травме того или иного рода или пренебрежительном отношении в детские годы. Результаты этого, а также других аналогичных исследований (например, Norden et al., 1995) говорят о связи пограничного личностного расстройства (и, возможно, других расстройств) с травмой раннего детского возраста, однако они могут быть недостаточно точны, так как опираются на ретроспективные самоотчеты индивидов, известных своими преувеличенными и искаженными мнениями о других людях (Ruegg & Frances, 1995; Rutter & Maughan, 1997). Более того: возможно, что задействованные в этих случаях стрессоры имеют до некоторой степени неспецифический характер (Widiger & Trull, 1993). Несмотря на то что число сообщений о жестоком и пренебрежительном обращении в детстве весьма настораживает, необходимо помнить о том, что у большинства детей, переживших подобные события в раннем возрасте, не развивается никаких серьезных личностных расстройств и психопатологии (Rutter & Maughan, 1997).

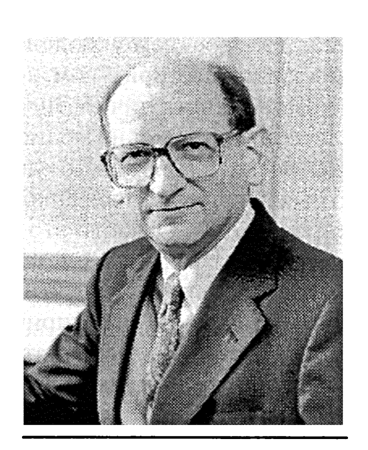
Психодинамическая интерпретация. В последние годы происхождению ряда личностных расстройств, особенно пограничного, асоциального, истероидного и нарциссического, было уделено много внимания теоретиками психодинамической ориентации, такими как Отто Кернберг (Kernberg, 1984; 1996) и Хайнц Когут (Kohut, 1977). Например, в отношении нарциссического личностного расстройства Кохут утверждает, что все дети проходят через фазу примитивной претенциозности, когда они думают, будто все события и потребности окружающих вращаются вокруг них. Согласно его мнению, для нормального развития ребенка после завершения этой фазы родители должны в известной степени поддерживать претенциозность младенца. Это помогает развитию у ребенка нормального чувства уверенности в себе. Поэтому Кохут констатировал, например, следующее: «Какие бы тяжелые удары ни наносила детской претенциозности жизненная реальность, гордая улыбка, полученная от родителей, позволит сохранить им ту каплю первоначаль-

ного всемогущества, которая будет основой уверенности в собственных силах, внутренней убежденности в своей значимости. Эти чувства будут поддерживать здорового индивида на протяжении всей его жизни» (Kohut & Wolff, 1978, p. 182; из Widiger & Trull, 1993). Далее Кохут предположил, что нарциссическое личностное расстройство чаще всего развивается при уничижительном, пренебрежительном или бесчувственном отношении родителей к своему ребенку; такой индивид будет постоянно занят поисками подтверждения идеализированного и напыщенного ощущения собственного «я». Несмотря на то что данная теория пользовалась огромным влиянием в психодинамических клинических кругах, она, к сожалению, не подкреплена реальными эмпирическими данными. Интересно отметить, что Теодор Миллон — исследователь личностных расстройств, сторонник традиции социального научения Бандуры, придерживался противоположной точки зрения. Он считает, что в основе нарциссического личностного расстройства лежит родительская переоценка (Millon & Davis, 1996). Например, он высказал предположение, что «такие родители балуют своих детей и потакают им так, что те научаются видеть закон в каждом своем желании; получать, не отдавая, и требовать к себе почтения, не приложив ни малейших усилий к тому, чтобы его заслужить» (Millon, 1981, p. 175; из Widiger & Trull, 1993). Данный факт, что исследователи, стоящие на совершенно разных позициях (психоаналитической и социального научения), способны прийти к таким диаметрально противоположным выводам, вызван недостатком информации о конкретных предвестниках этих расстройств. Единственное расстройство, причинные факторы которого исследовались достаточно широко, — асоциальное личностное расстройство, подробнее рассматриваемое ниже.

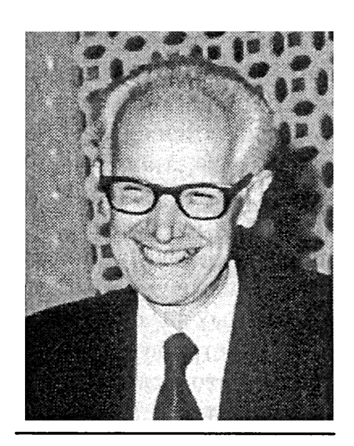
Еще одно современное представление в рамках психодинамического направления касается причин возникновения личностных расстройств и сформировалось на основе интерперсонального подхода к психопатологии и психотерапии (глава 3). Усовершенствованный подход Бенджамина (Benjamin, 1996a, 1996b) к изучению психопатологии I оси и личностных расстройств, относящихся к II оси, вооружает нас наиболее эмпирически подтвержденным методом познания того, каким образом разные интерперсональные и интрапсихические факторы участвуют в развитии различных расстройств. Данный подход позволяет измерить интерперсональные и интрапсихические аспекты отношений. В настоящее время мы обладаем важными сведениями не только о вероятных причинах расстройств, но и об оптимальных способах их лечения.

Социокультурные факторы

О социокультурных факторах личностных расстройств в настоящее время известно очень мало. В целом мы знаем, что распространенность психопатологии и формы, которые она принимает, в некоторой степени варьируют в зависимости от времени и места. Аналогичная ситуация может наблюдаться и в случае личностных расстройств, хотя данные, позволяющие делать подобные утверждения, малочисленны и фрагментарны. Более того: некоторые клиницисты считают, что за последние годы количество личностных расстройств в американском обществе возросло. Если это соответствует действительности, то возможно в дальнейшем обнаружение связи такого роста с общим изменением приоритетов и экономической деятель-



Отто Кернберг (род. 1928) – видный современный теоретик психоаналитического направления, особое внимание уделяющий пограничному и нарциссическому личностным расстройствам.



Хайнц Когут (1913–1981) – современный мыслитель психоаналитического направления, предполагавший, что плохое воспитание может быть причиной развития нарциссического личностного расстройства, так как ребенку не удается выработать нормальное чувство уверенности в себе.

ности в нашей культуре. Не приводит ли многих людей увлеченность мимолетными удовольствиями, быстрыми решениями и безболезненной выгодой к развитию эгоистичного образа жизни, который мы наблюдаем в самых крайних формах личностных расстройств? Ответить на это смогут лишь будущие исследования; мы вернемся к данному вопросу в конце раздела, посвященному асоциальному личностному расстройству.

Лечение и исходы

Личностные расстройства представляются особенно резистентными к терапии. Вайян (Valliant, 1987) сделал следующее наблюдение: «Несомненно, лечить личностные расстройства нелегко. На самом деле мы часто определяем их наличие именно потому, что они не поддаются лечению. В силу генетических дефектов, нарушений социализации или созревания индивидам с личностными расстройствами трудно научиться вещам, которым хочет обучить их общество... Индивиды с личностными расстройствами нуждаются в уходе, который очень похож на тот, что требуется подросткам. В действительности подростки вообще не нуждаются в терапии: им нужны время и место, чтобы интернализировать то ценное, что предлагают им родители и общество... Подобно подросткам, индивидам с личностными расстройствами нужно предоставить возможность интернализировать свежие ролевые модели и примириться с уже инкорпорированными несовершенными семейными фигурами» (p. 154).

Кроме того, хорошо известно, что в среднем у людей, одновременно страдающих расстройством I оси и личностным расстройством, первое поддается лечению не так хорошо, как у людей без коморбидного личностного расстройства. Особенно это касается случаев, когда лечебный подход не модифицирован с учетом личностного расстройства (Pretzer & Beck, 1996). Можно сделать вывод, что наличие одного или нескольких личностных расстройств нередко затрудняет лечение других, например тревожных и депрессивных. Отчасти это вызвано тем, что люди с личностными расстройствами обладают ригидными, глубоко укоренившимися личностными чертами, которые часто снижают эффективность мероприятий, направленных на устранение расстройств I оси. Другие причины, по которым личностные расстройства могут осложнять лечение расстройств I оси, состоят в том, что людям в этом случае часто бывает трудно установить хорошие терапевтические отношения с их терапевтами (глава 17). Кроме того, они чаще других преждевременно прерывают лечение (van Velzen & Emmelkamp, 1996).

Во многих случаях клиницистам приходится иметь дело с людьми, не являющимися их пациентами, но имеющими личностные расстройства. Наиболее часто это родственники или близкие пациентов. Так бывает, например, при супружеском консультировании, когда у партнера, идентифицированного в качестве «пациента», есть супруг или супруга с личностным расстройством. Возможно, что личностное расстройство наблюдается у кого-то из родителей ребенка, направленного в детский консультационный центр. В этих случаях проблемы так называемого пациента могут быть с большой степенью вероятности связаны с огромным напряжением, которое нагнетает в семье родственник с личностным расстройством. Нарциссичный отец, постоянно занятый собой и требующий к себе внимания, в результате чего отношения в семье становятся натянутыми, оставляет маленьким детям немного шансов вырасти уважающими себя взрослыми. Таким же образом мать с зависимым личностным расстройством, чьей обычной манерой реагировать на других являются гиперболизированные покорность, навязчивость и страх разделения, может создать нездоровую семейную атмосферу, нарушающую развитие ребенка.

Ребенок, ставший свидетелем такого крайнего, неотвратимого и зачастую иррационального поведения со стороны одного или обоих родителей, может быть тем слабым звеном, которое рвется. Это приводит к необходимости семейной психотерапии. Многое из того, что детский или семейный терапевт способен заключить сразу после наблюдения за ребенком в семейном контексте, подразумевает необходимость психологической коррекции взаимоотношений родителей. Эту проблему наглядно иллюстрирует следующий случай.

Разбор случая: ребенок, имеющий отца с параноидным личностным расстройством. Миссис А. привела своего 7-летнего сына Кристофера на лечение в психиатрический центр, так как он боялся выходить из дома, а недавно у него появились кошмары. Миссис А. обратилась за помощью по рекомендации школьного социального работника после того, как Крис отказался ходить в школу. Она выражала крайнюю обеспокоенность его состоянием и согласилась принять участие в лечении, посещая сессии тренинга родительской эффективности. Однако было видно, что она совершенно не желает, чтобы в лечении принял участие ее муж. После долгих уговоров она согласилась попытаться привести его на следующую сессию, но тот категорически отказался. Миссис А. описывала его как «очень гордого и волевого человека», который чрезвычайно подозрительно относится к другим людям. Ей казалось, что он,

возможно, боится, что посторонние обвинят его в проблемах Криса. Она сообщила, что в последнее время у него много неприятностей: он выглядит расстроенным и возмущается политикой местных властей, виня в своих проблемах окружающих (особенно представителей меньшинств). Он отказался прийти в клинику, потому что «не любит социальных работников».

После нескольких сессий миссис А. призналась своему терапевту, что жесткое и подозрительное поведение мужа разрушает семью. Часто бывает, что он, приходя с работы, ругает ее, например, за «болтовню с евреями». Он был деспотичным человеком, установил дома строгие правила и заставлял им следовать, прибегая к угрозам и запугиванию. Оба — и миссис А., и Крис — боялись его тиранических требований, но ничего не могли ему объяснить из-за его подозрительного характера. Кроме того, миссис А. очень сочувствовала мужу, так как чувствовала, что в глубине души он испуган. Она рассказала, что он держит в доме много оружия, а на дверях установил несколько замков, боясь вторжения чужих людей. Таким образом, стало ясно, что у ее мужа имелись как минимум отдельные признаки параноидного личностного расстройства, и это порождало серьезнейшие семейные проблемы.

Так как многие люди с личностными расстройствами, особенно странного/чудаковатого характера из кластера *A* и эксцентрического/демонстративного характера из кластера *B*, прибегают к лечению только по настоянию кого-либо, они часто не верят, что нуждаются в изменении. Поэтому люди с такими личностными расстройствами обычно перекладывают ответственность за лечение на других и мастерски избегают сосредоточения терапии на себе самих. Кроме того, трудности, с которыми они сталкиваются при построении и сохранении добрых отношений, обычно делают терапевтические отношения хрупкими или бурными. Для лиц с эксцентрическими/демонстративными расстройствами из кластера *B* паттерн отреагирования, типичный для всех прочих отношений, которые они поддерживают, привносится в терапевтическую ситуацию. Такие люди, вместо того чтобы разобраться со своими проблемами на вербальном уровне, могут сердиться на терапевта и со скандалом обрывать сессии. Нередко данные пациенты ведут себя социально неподобающим образом и вне сессий, чтобы показать терапевту бесполезность прилагаемых усилий.

Когда их уличают в таком поведении, они часто бросают лечение или еще ожесточеннее защищают свои неадекватные действия. Однако в некоторых случаях конфронтация бывает весьма эффективной. Те индивиды, которые глубоко втягиваются в групповую терапию или достаточно «задеты» супружеской терапией, могут, когда их поведение оказывается под наблюдением, не пропускать сессий, так как насыщенная обратная связь, получаемая ими от группы или супруга(ов), нередко более приемлема, чем конфронтация с терапевтом в ходе индивидуального лечения (Gurman & Kniskern, 1978; Lubin, 1976).

Приспособление терапевтических техник для лечения отдельных личностных расстройств

В некоторых ситуациях терапевтические техники приходится модифицировать. Известно, что традиционной индивидуальной терапии присуща тенденция к поощрению зависимости в уже зависимых людях (с зависимым, истероидным и пограничным личностными расстройствами). Поэтому часто бывает полезно разработать лечебные стратегии, специально направленные на изменение исходного

стиля жизни зависимого индивида вместо того, чтобы его укреплять. Пациенты с тревожными/пугливыми состояниями кластера *C*, например зависимые и избегающие личности, могут быть гиперсензитивны к любой критике со стороны терапевта и потому прерывать лечение. В подобных случаях терапевту нужно быть предельно осторожным, чтобы гарантированно исключить такую ситуацию. Один из методов состоит в том, чтобы в конце каждого сессионного дня просить от пациента обратной связи о поведении и отношении терапевта (например, пациентов можно попросить оценить такие качества терапевтов, как умение слушать, доходчивое разъяснение домашних заданий) (Beck & Freeman, 1990). Позволяя пациенту давать обратную связь и обсуждать возможность внесения изменений в последующие сессии, терапевт показывает, что готов к критике. Однако в то же время он поощряет и подкрепляет ассертивную критику со стороны пациента.

Такие специальные терапевтические техники занимают центральное место в относительно новом когнитивном подходе к личностным расстройствам (см. табл. 9.2) (Beck & Freeman, 1990; Pretzer & Beck, 1996). Когнитивный подход опирается на допущение, что дисфункциональные чувства и поведение, сопровождающие личностные расстройства, являются, в основном, результатом воздействия схем с тенденцией продуцирования неизменно предвзятых суждений, а также порождать когнитивные ошибки в разнообразных ситуациях. Схемы, как мы увидели в главе 3, подразумевают особые правила, которые управляют обработкой информации и поведением. Каждая схема имеет свои отличия. Например, у нас есть личные, семейные, культурные, религиозные, гендерные и профессиональные схемы. Преобразование скрытых дисфункциональных схем лежит в основе когнитивной терапии личностных расстройств, и осуществлять его особенно трудно по той причине, что данные схемы удерживаются поведенческими, когнитивными и эмоциональными элементами. Тем не менее, используя обычные когнитивные техники мониторинга автоматических мыслей, оспаривания ошибочных утверждений, постановки поведенческих задач, которые предположительно помогут повлиять на дисфункциональные допущения и убеждения пациента, когнитивные терапевты добились значительного прогресса в лечении личностных расстройств. На данный момент в отношении большинства расстройств мы располагаем лишь описанием отдельных случаев или неподтвержденными клиническими исследованиями, однако результаты представляются многообещающими (Crits-Christoph, 1998; Pretzer & Beck, 1996).

В целом терапия для людей с тяжелыми личностными расстройствами бывает более эффективной, если удается ограничить их ответные реакции. Амбулаторное лечение часто оказывается бесперспективным, так как может быть сорвано неконструктивным отреагированием. Кроме того, многих больных с пограничным личностным расстройством госпитализируют из соображений безопасности в связи с их частым суицидным поведением (Silk et al., 1994; Norton & Hinshelwood, 1996).

Лечение пограничного личностного расстройства

Из всех личностных расстройств, наверное, наибольшее внимание было уделено лечению пограничного личностного расстройства, отчасти потому, что прогноз (вероятный исход) для этих пациентов обычно бывает осторожным в связи с давностью нарушений и крайней нестабильностью состояния. Поскольку работа с такими больными затруднена в силу их поведенческих проблем и тенденции к отре-

агированию, лечение часто подразумевает разумное сочетание психологических и биологических методов (Gitlin, 1996). Назначение лекарственных препаратов при данном расстройстве вызывает особые споры, потому что оно достаточно часто сопровождается суицидными действиями. Тем не менее в ряде обзоров, посвященных психофармакологическому лечению пограничного личностного расстройства, было указано, что малые дозы антипсихотических препаратов (см. главу 16) оказывают умеренный, но значимый эффект. Это означает, что у больных наблюдается некоторое смягчение депрессии, тревоги, суицидных порывов, сензитивности к отвержению и психотической симптоматики (Gitlin, 1996; Woo-Ming & Siever, 1998). Из этих обзоров также следует, что бензодиазепины (анксиолитики) и трициклические антидепрессанты в целом неэффективны при лечении пограничного личностного расстройства. Однако в них подчеркивается перспективность некоторых антидепрессивных препаратов наподобие прозака (*SSRIs* — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), а также ингибиторов МАО (см. главы 6 и 16). Для смягчения раздражительности, суицидных тенденций и агрессивного поведения можно назначать препараты лития (Woo-Ming & Siever, 1998). В целом лекарственные препараты назначаются в качестве дополнения к психологическому лечению.

Психосоциальные методы

Традиционные методы лечения пограничного личностного расстройства сводятся к тем или иным психодинамическим психотерапевтическим подходам с учетом конкретных проблем больных. Например, Кернберг (Kernberg, 1985, 1996) разработал более директивную форму психодинамической психотерапии пограничного личностного расстройства по сравнению с обычным психодинамическим методом. Главной целью лечения считается укрепление слабого эго при особой сфокусированности на первичном механизме защиты — *расщеплении*, которое приводит к мышлению по типу «черное—белое» и «все или ничего», а также к резким изменениям реакций на других людей (включая терапевта), предстающих либо «всецело хорошими», либо «всецело плохими». Несмотря на то что иногда такое лечение бывает эффективным, оно дорогостоящее, отнимает много времени (нередко продолжаясь много лет) и только начинает изучаться в контролируемых исследованиях.

Вероятно, самым перспективным методом лечения пограничного личностного расстройства можно назвать *диалектическую поведенческую терапию*, недавно разработанную Маршей Лайнхен (Linehan, 1987, 1993) и представляющую собой разновидность когнитивной поведенческой терапии, предназначенной специально для лечения данного расстройства. Лайнхен считает, что главную роль при этом расстройстве играет неспособность выдерживать сильный негативный аффект. В этой связи одной из первоочередных задач при его лечении является побуждение больных к принятию такого негативного аффекта без обращения к саморазрушительным или иным паттернам дезадаптивного поведения. Лайнхен разработала проблемно-сфокусированное лечение, основанное на четкой иерархической последовательности целей: 1) постепенное устранение суицидного поведения; 2) постепенное устранение паттернов поведения, препятствующих терапии, например пропусков сессий, лжи и госпитализации в стационар; 3) постепенное устранение избегающих паттернов поведения, препятствующих ведению стабильного образа жизни, например отходу от злоупотребления психоактивными веществами; 4) улучшение

поведенческих навыков с целью регулировки эмоций, улучшения межличностных навыков и повышения толерантности к дистрессу; и 5) другие цели по выбору пациента. Суицидное поведение — это первоочередная мишень «потому, что психотерапия неэффективна при работе с мертвыми пациентами» (Linehan, 1987, p. 329), а также потому, что этим подчеркивается крайне серьезное отношение к подобным действиям.

В диалектической когнитивной терапии индивидуальные и групповые компоненты сочетаются так, что в условиях группы основное внимание сосредоточивается на тренинге навыков с целью выработки устойчивости к стрессу, улучшения межличностного общения и установления контроля над эмоциями. Данная процедура происходит в присутствии терапевта, подготовленного принимать пациента таким, какой он есть (аналогично клиент-центрированной терапии), несмотря на производимые им действия, затрудняющие этот процесс (вспышки ярости, суицидные попытки, пропуск встреч). Подобно Карлу Роджерсу, Лайнхен проводит четкое различие между *принятием* пациента таким, какой он есть, и *одобрением* его поведения. Например, терапевт не может одобрить членовредительство, но должен показать, что принимает его как составную часть проблемы пациента.

Оценка эффективности лечения

Результаты одного важного проконтролированного исследования, в ходе которого применялся указанный метод лечения, оказались весьма обнадеживающими (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard & Armstrong; Linehan et al., 1994). Исследователи сравнили пограничных пациентов, получавших диалектическую поведенческую терапию, с пациентами, получавшими обычное лечение. Исследование проводилось в пределах общины; анализировался процесс лечения, проводимого в течение года с годичным периодом наблюдения. У больных, получавших диалектическую поведенческую терапию, наблюдалось более выраженное снижение саморазрушительного и суицидного поведения, а также уровня гнева, чем у тех, кто входил в обычную лечебную группу. Кроме того, пациенты, получавшие диалектическую поведенческую терапию, лечились охотнее и меньше времени проводили в стационаре. На протяжении контрольного периода они также больше преуспевали в профессиональном плане, у них наблюдались более высокие навыки межличностной и эмоциональной регуляции, чем у представителей контрольной группы. Несмотря на то что данные результаты не столь значительны, большинство терапевтов, работающих с данным контингентом, оценивают их как исключительные. Многие терапевты психодинамического направления встраивают важные компоненты этой методики в свои собственные методы лечения больных с пограничным личностным расстройством.

Лечение других личностных расстройств

Лечение других расстройств из кластеров *A* и *B*. Лечение шизотипичного расстройства личности в настоящее время представляется не столь перспективным по сравнению с прогрессом, достигнутым в лечении пограничного личностного расстройства. Так, Гитлин (Gitlin, 1996) суммировал данные, согласно которым назначение антипсихотических препаратов в малых дозах может приводить к умеренному улучшению, однако у большинства людей с этим расстройством ни одно ле-

чение не привело к полному исцелению (см. также Woo-Ming & Siever, 1998). Помимо не подтвержденных исследований и описаний единичных случаев, не существует никаких систематических исследований, касающихся лечения людей с параноидным и шизоидным расстройствами (Gitlin, 1996; Pretzer & Beck, 1996). Наблюдается несколько бо́льшая эффективность когнитивной и медикаментозной терапии при нарциссическом, асоциальном и истероидном личностных расстройствах (Gitlin, 1996; Pretzer & Beck, 1996).

Лечение расстройств кластера *С*. Лечение некоторых личностных расстройств кластера *С*, таких как зависимое и избегающее, не было предметом широкого изучения, но представляется более перспективным, чем лечение многих расстройств из кластеров *А* и *В*. Например, Мехлум с коллегами (Mehlum et al., 1991) сравнили результаты амбулаторного лечения больных с пограничным, шизотипичным, зависимым и избегающим расстройствами через два–пять лет после выздоровления. У лиц, страдавших личностными расстройствами из кластера *С*, наблюдалось заметное ослабление симптоматики и в целом благоприятный исход. В то время как у тех, кто страдал шизотипичным расстройством личности, наблюдалось умеренное улучшение симптоматики, но общий исход был неблагоприятен. Кроме того, Уинстон с коллегами (Winston et al., 1994) обнаружили значительное улучшение состояния пациентов с расстройствами кластера *С* при проведении активной и конфронтационной кратковременной психотерапии (см. также Pretzer & Beck, 1996). Наконец, имеются данные, что в некоторых случаях антидепрессанты из класса ингибиторов МАО помогают при избегающем личностном расстройстве с учетом того, что оно почти всегда сочетается с генерализованной социальной фобией, которую также лечат ингибиторами МАО (Gitlin, 1996; Woo-Ming & Siever, 1998). Существуют требующие дальнейшей проверки данные, полученные на основе описаний единичных случаев и говорящие о том, что в лечении избегающего личностного расстройства целесообразно использовать антидепрессанты некоторых других классов (Woo-Ming & Siever, 1998).

Асоциальная личность и психопатия

Как мы видели, яркой особенностью людей с асоциальным личностным расстройством (АСЛР) является их тенденция к систематическому неуважению и попранию прав окружающих. Подобное пренебрежение к людям сопровождается лживым, агрессивным или асоциальным поведением с незначительными угрызениями совести. Иногда такие индивиды совершенно не испытывают каких-либо угрызений совести. Такие люди располагают пожизненным паттерном антиобщественного и безответственного поведения, не особенно заботясь о безопасности, как собственной, так и окружающих. Эти качества ввергают их в постоянные конфликты с обществом.

Асоциальными личностями признаются только люди, достигшие 18-летнего возраста. В соответствии с *DSM-IV*, этот диагноз ставится при соблюдении следующих критериев:

- *Должно быть как минимум три поведенческих нарушения, которые возникли по достижении 18-летнего возраста*: систематические действия, служащие основанием для ареста; постоянная лживость; импульсивность или неспособ-

ность планировать будущее; раздражительность и агрессивность; безразличие к безопасности; неизменная безответственность в профессиональных или финансовых вопросах; отсутствие угрызений совести.
- *Должно быть как минимум три эпизода девиантного поведения до наступления 15-летнего возраста*: агрессия по отношению к людям или животным; уничтожение собственности; лживость или воровство; серьезное нарушение общепринятых норм (симптомы нарушения поведения см. в главе 14).
- Асоциальное поведение не должно быть симптомом другого психического расстройства, например шизофрении или мании.

Психопатия и АСЛР

Употребление термина *асоциальное личностное расстройство* восходит к *DSM-III* 1980 года, однако многие основные признаки этого расстройства издавна именовались **психопатией**, или *социопатией*. Несмотря на то что в XIX веке рядом исследователей синдром был определен как «моральное умопомешательство» (Prichard, 1835), подробное описание психопатии впервые дал Клекли в 1940-х годах (Cleckley, 1941, 1982). Помимо признаков, определяющих асоциальную личность, в *DSM-III* и *DSM-IV* психопатия включает в себя такие черты, как отсутствие эмпатии, завышенную и высокомерную самооценку, а также эфемерное и поверхностное обаяние. *DSM-III* и *DSM-IV*, в связи с акцентом на поведенческих критериях более доступных объективному измерению, приостановили попытки исследователей психопатии повысить надежность диагностики (степень согласия клиницистов по поводу диагноза). Однако гораздо меньшее внимание в них было уделено ее валидности, то есть тому, содержательный ли конструкт измеряется в данном случае, является ли он тем же самым, что и психопатия.

Два аспекта психопатии

Исследования Роберта Хейра и его коллег, проведенные за последние 20 лет, говорят как о сходстве, так и о значительных различиях между АСЛР и психопатией. Хейр (Hare, 1980, 1981; Hart & Hare, 1997) разработал «Контрольный список вопросов для выявления психопатии», включающий 20 пунктов и позволяющий клиницистам и исследователям диагностировать психопатию, исходя из критериев Клекли. Исследования, проведенные с использованием этого списка, показали, что существуют два родственных, но раздельных аспекта психопатии, каждый из которых влечет за собой особый паттерн поведения. Первый аспект подразумевает аффективную и межличностную основу расстройства и отражает такие черты, как отсутствие угрызений совести, бессердечие, эгоизм и использование окружающих в собственных целях. Второй аспект отражает те проявления психопатии, которые связаны с асоциальным, импульсивным и социально девиантным стилем жизни. Второй аспект гораздо ближе к диагнозу асоциального личностного расстройства в определении *DSM-III* и *DSM-IV*, чем первый аспект (Hare, Hart & Harpur, 1991; Hart & Hare, 1997). Поэтому неудивительно, что при сравнении процента заключенных, удовлетворяющих диагнозу психопатии, с процентом заключенных, подпадающих под диагноз асоциального личностного расстройства, последних обычно оказывается больше. Это означает, что значительное число за-

ключенных демонстрируют асоциальные, девиантные и агрессивные паттерны поведения и потому удовлетворяют критериям для диагноза асоциального личностного расстройства, однако не выказывают достаточного числа эгоистичных, бессердечных и эксплуатирующих паттернов, чтобы удовлетворять диагнозу психопатии. На основании нескольких обширных эпидемиологических исследований установлено, что распространенность асоциального личностного расстройства в общей популяции составляет около 3% для мужчин и около 1% для женщин (American Psychiatric Association, 1994). О распространенности психопатии, определяемой при помощи «Контрольного списка» Хейра, эпидемиологических сведений нет.

Затрудняет исследование и существующее в настоящее время представление об асоциальной личности, когда может не учитываться значительная часть общества, демонстрирующая многие признаки первого, аффективного и межличностного аспекта психопатии, но не очень большое число признаков второго, асоциального аспекта или, по крайней мере, достаточно малое их количество, чтобы не иметь неприятностей с законом.

Эти вопросы остаются предметом серьезных дебатов. Несмотря на жаркую дискуссию о расширении критериев, предусмотренных *DSM-IV* для асоциального личностного расстройства, и дополнения их большим числом традиционных аффективных и межличностных признаков психопатии, был избран консервативный подход, и подобные изменения не состоялись (Widiger & Corbit, 1995). В *DSM-IV* отмечается, что в условиях заключения и в суде, где мы, по определению, имеем дело с преступниками (или подозреваемыми в преступлении), а следовательно, с асоциальным поведением, такие психопатические черты, как отсутствие эмпатии и угрызений совести, а также эфемерное и поверхностное обаяние могут учитываться для постановки более валидных диагнозов, чем это возможно при опоре только на критерии асоциального поведения. Кроме того, многие исследователи склонны продолжить изучение не диагностики асоциального личностного расстройства, предложенной в *DSM-IV*, а той диагностики психопатии, которую предложили Клекли и Хейр. Это связано как с историей исследования психопатии, так и с данными, согласно которым этот диагноз помогает успешнее предсказывать многие важные аспекты криминального поведения, чем диагноз асоциального личностного расстройства. В целом диагноз психопатии видится единственным оптимальным предиктором насилия, каким мы располагаем (Hart, 1998; Hart & Hare, 1997). Более того: существуют некоторые данные о том, что склонные к насилию психопаты чаще, чем применяющие насилие непсихопаты, совершают тщательно спланированные, целенаправленные преступления с применением насильственных действий, связанные с реактивной агрессией, вызванной враждебностью в ответ на воспринятую ими угрозу (Cornell et al., 1996).

Споры о предпочтительности использования диагнозов психопатии и асоциального личностного расстройства вряд ли прекратятся в обозримом будущем. Выбор исследователей, занимающихся данными вопросами, оказывается, к сожалению, также разным. Это приводит к известным затруднениям при попытках интерпретировать результаты исследований относительно причинных факторов. В дальнейших разделах мы постараемся четко указывать, какая диагностическая категория была использована в том или ином исследовании, так как, возможно, что причинные факторы окажутся не идентичными друг другу.

Какой бы диагноз ни использовался, индивиды с асоциальным личностным расстройством или психопатией представляют собой разнородную группу: это беспринципные дельцы, напористые евангелисты, нечестные политики, мошенники, наркоторговцы и прочие преступники. Такие люди редко попадают в коммунитарные клиники или психиатрические больницы. Многие из них содержатся в заключении, но, как уже отмечалось, повторные нарушения законодательных или социальных норм ни в коем случае не являются достаточным основанием для того, чтобы считать индивида психопатом или констатировать у него наличие асоциального личностного расстройства. Считается, что многим психопатическим индивидам удается оставаться вне исправительных учреждений, хотя они пребывают в постоянном конфликте с властями (см. справку 9.1).

Клиническая картина при асоциальной личности и психопатии

Психопаты и асоциальные личности, нередко кажущиеся очаровательными, непосредственными и милыми при первом знакомстве, лживы, манипулируют окружающими и используют их в собственных целях. Часто кажется, что они живут настоящим мгновением, не задумываясь над прошлым и будущим. В этом отношении показателен следующий пример.

СПРАВКА 9.1

Требуются обычные психопаты

Большинство асоциальных личностей изучалось на примере лиц, находящихся в стационаре, что оставляло нас в неведении о тех многих, кто не был поставлен на официальный учет. Уидом (Widom, 1977) опробовала остроумный метод, позволяющий поближе познакомиться с этим многочисленным контингентом. Она разместила в местных газетах рекламные объявления следующего содержания: «Вы предприимчивы? Психолог изучает рисковых, отчаянных людей, ведущих насыщенную и бурную жизнь. Если вы человек, готовый почти на все ради острых ощущений и хотите участвовать в оплачиваемом эксперименте, пришлите свои имя, фамилию, адрес, номер телефона и краткую биографию, доказывающую, что вы представляете для нас интерес...» (р. 675).

Уидом надеялась привлечь психопатических индивидов и явно преуспела в своем намерении. Пройдя обойму тестов, те, что откликнулись, в личностном отношении оказались похожими на психопатов, находящихся на излечении в стационаре. Несмотря на то что Уидом проводила только личностную оценку, ее метод подсказывает путь к налаживанию контакта с репрезентативными группами не находящихся на учете психопатических индивидов.

После предпринятого Уидом исследования было, к сожалению, мало сделано для дальнейшего ознакомления с не находящимися на учете психопатами (кроме нескольких исследований с участием аналоговых популяций, которые во многом отличались от этого контингента). Серьезным препятствием явилось то, что оценивать психопатию у таких лиц приходилось при помощи вышеупомянутого «Контрольного списка вопросов», который предназначен для работы с институционализированным контингентом. К счастью, недавно была разработана форма самоотчета, специально предназначенная для оценки и изучения психопатии у лиц, не принадлежащих к криминальным кругам (Lilienfeld & Andrews, 1996). Складывается впечатление, что этот инструмент обладает хорошими психометрическими качествами и должен помочь при дальнейшем ознакомлении с этой мало изученной группой индивидов.

Разбор случая: два психопата устраивают розыгрыш. Двое 18-летних юнцов отправились к девушке в гости. Никого не застав, они вломились в дом, изуродовали несколько ценных картин и мебель, украли много спиртного и телевизор. Затем телевизор они продали приятелю за гроши. При аресте они сначала все отрицали, а в дальнейшем утверждали, что все это было простым «розыгрышем». Они не видели в своих действиях ничего особенного и даже не думали о необходимости возмещения ущерба.

К общей категории асоциальных и психопатических индивидов отнесены также враждебные люди, склонные преобразовывать свои импульсы в безжалостное и часто бессмысленное насилие. В других случаях у асоциальных и психопатических индивидов наступают периоды надежности и они способны брать на себя ответственность и преследовать долгосрочные цели, но делают это неэтичными способами с полным безразличием к правам и благополучию других людей.

Чтобы представить полную клиническую картину, попробуем суммировать общие особенности психопатов и асоциальных личностей. Затем мы опишем случай, иллюстрирующий широкий круг их поведенческих паттернов. Несмотря на то что в отдельных случаях обычно не удается найти все черты, рассматриваемые нами в следующих разделах, они типичны для психопатов согласно описанию, данному Киикли (Clecley, 1941, 1982). По меньшей мере некоторые из этих черт выявляются также и у асоциальных личностей, однако не все они представляют собой диагностические критерии, представленные в *DSM-IV*.

Недоразвитие чувства совести. Психопаты не способны понять и принять этические ценности иначе, чем на вербальном уровне. Они с легкостью заявляют о своей приверженности высоким моральным стандартам, что никак не связано с их поведением. Можно сказать, что их совесть находится в зачаточном состоянии либо отсутствует вообще, при этом интеллектуальное развитие, как правило, не страдает. Тем не менее интеллект является чертой, которая по-разному соотносится с двумя аспектами психопатии. Первый аспект, связанный с эгоистическими, бессердечными и эксплуатирующими чертами личности, в целом никак не соотносится с интеллектом. Однако второй аспект, связанный с длительным асоциальным поведением, соотносится с ним негативно, по крайней мере, среди психопатов-преступников и детей с нарушением поведения (Carey & Goldman, 1997; Moffitt, 1993b; Frick, 1998). Существуют данные, что интеллект, вероятно, служит защитным фактором для подростков, рискующих развитием психопатии или асоциальной личности в зрелом возрасте (Hawkins, Arthur & Olson, 1997). В ряде исследований было, например, обнаружено, что многие подростки с нарушением поведения, чья предрасположенность к психопатии и асоциальному личностному расстройству установлена, никогда не переходят к криминальному поведению благодаря позитивному влиянию школьного обучения. Они, по-видимому, направляют свою энергию в социально более приемлемое русло (например, White, Moffitt & Silva, 1989).

Когда психопаты напряжены или сталкиваются с проблемами, они склонны их «вымещать», вместо того чтобы перетерпеть. Явное отсутствие у них тревоги и чувства вины в сочетании с показной искренностью и откровенностью может позволять им избегать подозрений и разоблачения в случаях воровства и других незаконных деяний. Они часто презирают «лохов» — людей, которых им удается обвести вокруг пальца.

Безответственное и импульсивное поведение. Психопатам свойственно безжалостно попирать чужие права, потребности и благополучие. Они приучились не зарабатывать, а брать, что им нужно. Являясь любителями острых ощущений и девиантного, нетрадиционного поведения, они часто преступают закон под влиянием минутного настроения, не заботясь о последствиях. Такие люди редко отказываются от сиюминутного удовольствия ради будущей выгоды и долгосрочных целей. Они живут настоящим, не задумываясь о прошлом и будущем. Внешняя реальность используется ими для удовлетворения мимолетных личных потребностей. Нетерпимые к рутине и бремени ответственности, они редко долго задерживаются на одном рабочем месте.

Во многих исследованиях было показано, что среди асоциальных личностей и, возможно, психопатов чаще встречается алкоголизм и другие расстройства, связанные с токсической зависимостью (например, Cloninger, Bayon & Przybeck, 1997; Sher & Trull, 1994). При анализе связи между злоупотреблением психоактивными веществами с двумя аспектами психопатии, выявляемыми при помощи «Контрольного списка» Хейра, Смит и Ньюман (Smith & Newman, 1990) нашли, что такая связь существует только для аспекта, отражающего асоциальное девиантное поведение, но не для того, в котором отражаются эгоцентрические, жестокие и эксплуатирующие черты личности. Более поздний обзор также подтверждает, что злоупотребление алкоголем сопутствует аспекту психопатии, связанному с асоциальным девиантным поведением, но не межличностному и аффективному аспекту (Hemphill, Hart & Hare, 1994).

Связь между асоциальным поведением и злоупотреблением химическими веществами достаточно прочна, что дает возможность предположить наличие существования общего фактора, приводящего к алкоголизму и асоциальному личностному расстройству. Данные, полученные при изучении генетических факторов, участвующих в предрасположенности к асоциальному личностному расстройству и алкоголизму, противоречивы; некоторые из них свидетельствуют о генетической независимости этих расстройств, тогда как другие говорят в пользу как минимум некоторой генетической основы их значительной коморбидности (Carey & Goldman, 1997; Sher & Trull, 1994; Sutker, Bugg & West, 1993).

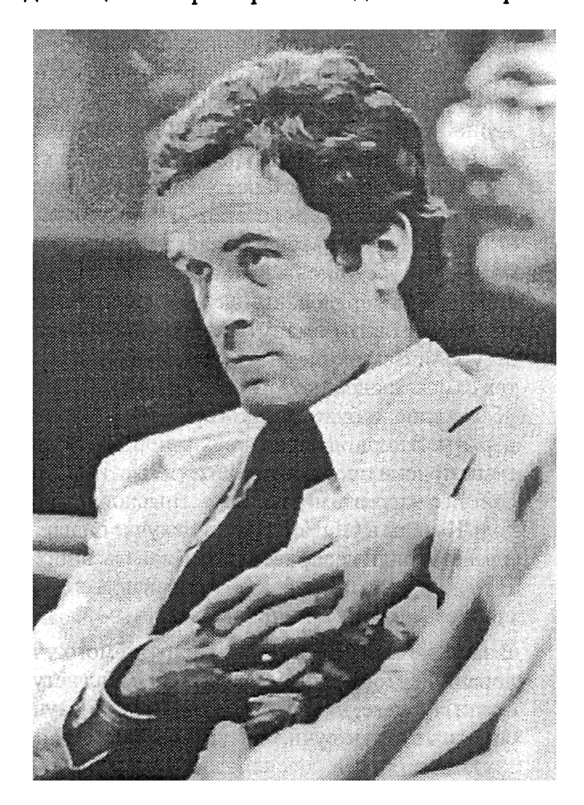
Отрицание авторитетов. Психопаты ведут себя так, словно социальные правила их не касаются: они не соблюдают правил игры. В их анамнезе часто содержатся указания на конфликты с преподавателями и правоохранительными структурами. Однако несмотря на то, что они нередко участвуют в криминальной деятельности, их нельзя назвать расчетливыми профессиональными преступниками. Невзирая на неприятности, в которые они попадают, и наказания, которым могут подвергнуться, такие люди продолжают вести себя так, будто они надежно защищены от последствий своих поступков.

Способность привлекать и эксплуатировать окружающих. Психопаты часто милы и обаятельны, они ведут себя в обезоруживающей манере, которая позволяет им легко обзаводиться друзьями. У них, как правило, хорошее чувство юмора и оптимистический взгляд на вещи. Часто оказываясь лжецами, они, однако, кажутся искренне огорченными, когда их ловят на лжи, и обещают исправиться, но никогда не сдерживают обещаний. Они хорошо понимают нужды и слабости окружающих, эксплуатируя их. Многие психопаты участвуют, например, в мошенни-

ческих торговых операциях, используя свое обаяние и уверенность при вдохновении других на «легкие заработки». Они быстро находят оправдание своему асоциальному поведению и рационализируют его, обычно перекладывая вину на чужие плечи. Поэтому им часто удается убедить окружающих, а также себя в своей невиновности.

Неспособность поддерживать добрые отношения. Несмотря на свое изначальное умение заручаться симпатией и дружбой других людей, психопаты редко способны поддерживать тесные дружеские отношения. Будучи безответственными и эгоцентричными, они, как правило, циничны, бесчувственны, неблагодарны и безжалостны в своих поступках. Например, им непонятны любовные переживания других людей, они не способны отвечать любовью на любовь. Психопаты представляют угрозу не только для случайных знакомых, но также для друзей и близких. Для них характерно проявление насилия по отношению к домашним. Склонные к манипулированию, эксплуатации в сексуальных связях, психопаты являются безответственными и вероломными супругами. Хотя они часто обещают измениться, но редко сдерживают обещание.

Хейр, уделивший особое внимание исследованию психопатии, недавно составил общий портрет психопата, представив его следующим образом: «Представление психопатов безжалостными хищниками помогло мне осмыслить их поведение, которое часто кажется бессмысленным. Это индивиды, будучи лишены совести и сочувствия к окружающим, с легкостью очаровывают, манипулируют, запугивают и подвергают насилию других людей с целью приобрести над ними контроль и удовлетворить свои собственные социальные потребности. Они хладнокровно берут, что хотят, и делают все, что им заблагорассудится, попирая социальные нормы и ожидания без малейшего чувства вины



Серийный убийца Тед Бунди продемонстрировал асоциальное поведение в его крайней и наиболее опасной форме. У него отмечались классические черты психопата: привлекательная внешность, обаяние и интеллект. Однако он ловко манипулировал людьми и был абсолютно безжалостен к своим жертвам. Привлекательный имидж Бунди, которым он пользовался, чтобы подобраться к своим жертвам, а все они были молодыми женщинами, которых он насиловал и убивал, был настолько убедительным, что вызвал ужас, когда открылся истинный размах его деяний. Бунди был казнен во Флориде в 1989 году.

или раскаяния. Их разрушительные действия рано или поздно затрагивают практически всех, ибо их много среди закоренелых преступников, наркодельцов, бытовых насильников, жуликов и мошенников... Они широко представлены в деловом и корпоративном мире, особенно в периоды хаотичной перестройки, когда правила и необходимость их соблюдения ослабевают и трудно установить ответственность за их нарушение (Babiak, 1995). Многие психопаты объявляют себя «патриотами» и «спасителями отечества» в странах, переживающих социальные, экономические и политические потрясения (например, в Руанде, в бывшей Югославии и бывшем Советском Союзе). Они прикрываются флагом и обогащаются посредством жестокой эксплуатации этнических, культурных или расовых трений и недовольства» (Hare, 1998b, pp. 128–129).

Паттерны поведения. Психопатию иллюстрирует изложение следующего классического случая, опубликованное Хейром (Hare, 1970).

Разбор случая: психопат в действии. 30-летний Дональд С. только что отбыл трехлетний срок за мошенничество, двоеженство, обман и побег из-под стражи. Обстоятельства, приведшие к совершению этих преступлений, вызывают особый интерес и согласуются с его прошлым поведением. Когда до конца его предыдущего, 18-месячного срока, полученного за мошенничество, оставалось меньше месяца, Дональд симулировал болезнь, а затем сбежал из тюремной больницы. За 10 месяцев, которые он провел на свободе, Дональд принял участие во многих незаконных предприятиях; деятельность, приведшая к его повторной поимке, была в полной мере типична для него. Представляясь «выездным администратором», он ухитрился заручиться помощью нескольких религиозных организаций и создал кампанию по сбору средств. Сначала кампания по сбору средств не приносила больших доходов, и Дональд, надеясь ускорить дело, организовал себе интервью на местной телестудии. Его выступление произвело такой эффект, что деньги хлынули к нему рекой. Однако, к несчастью для Дональда, интервью показали в сводке национальных новостей. Он был опознан и немедленно арестован. В ходе предварительного следствия стало ясно, что он не видел в своих действиях ничего дурного. Он утверждал, например, что его страстный призыв о помощи подвигнул людей на дополнительные пожертвования помимо тех, что делались в поддержку его начинания. В то же время он заявил, что большинство пожертвований делают те, кто знает за собой какую-то вину и потому заслуживает быть обманутым. Эта способность к рационализации своего поведения и отсутствие самокритики прослеживались и в его попытках заручиться содействием тех самых людей, которых он ввел в заблуждение. Вероятно, что его способность к убеждению побудила некоторых из этих людей действительно выступить в его поддержку. В период своего трехгодичного заключения Дональд потратил много времени на поиски прорех в законодательстве и написание прошений представителям власти. Его адресатами были местные юристы, премьер-министр Канады и представитель Канады в ООН. В каждом случае он нападал на них за то, что они, по его мнению, олицетворяли несправедливую власть, виновную в его затруднительном положении. В то же время он требовал от них взять его на поруки во имя справедливости, воплощением которой они призваны быть.

В заключении он в качестве испытуемого участвовал в некоторых авторских исследованиях. После освобождения он подал вступительное заявление в университет, где, следи прочего, написал, что он один из научных коллег автора! Несколько месяцев спустя автор получил от него письмо с просьбой предоставить рекомендацию для трудоустройства.

Биография. Дональд был младшим из трех сыновей в семье, принадлежавшей к среднему классу. Оба его брата вели нормальную, созидательную жизнь. Его отец бо́льшую часть времени занимался бизнесом и поздно возвращался домой; нередко он бывал в мрачном настроении и много пил, когда дела не ладились. Мать Дональда была мягкой, робкой женщиной, старавшейся угодить мужу и сохранить подобие семейной гармонии. Стоило ей узнать, что дети устроили какое-то озорство, как она грозилась пожаловаться отцу. Однако она редко выполняла эти угрозы, так как не хотела его беспокоить, а кроме того, потому, что в своих реакциях зависела от его настроения. Случалось, что он в ярости бил детей, а всем другим устраивал устные «разборки», когда мягкие, а когда и суровые.

Дональд считался во всех отношениях своенравным и трудным ребенком. Если он хотел конфет или игрушку, а его желание не выполняли, то он принимался разными способами выказывать свою любовь. Если это не помогало, то он разражался вспышками гнева; однако такое случалось редко, благо его ангельская наружность и искусное обхождение обычно позволяли ему получить желаемое. К подобной тактике он прибегал, чтобы избежать наказания за многочисленные дурные поступки. Сначала он пытался скрыть проступок за паутиной тщательно продуманной лжи, нередко перекладывая вину на братьев. Если это не помогало, то он убедительно изображал сожаление и раскаяние. Когда наказание оказывалось неизбежным, он становился мрачным и дерзким, видя в нем несправедливую расплату за свои удовольствия.

Школьные годы Дональда, хотя было ясно, что он очень умен, не ознаменовались никакими учебными достижениями. Он был неусидчив, быстро начинал скучать и часто прогуливал. В присутствии учителя или иного властного лица его поведение обычно бывало идеальным, но стоило ему оказаться предоставленным самому себе, как он сразу навлекал неприятности либо на себя, либо на других. Хотя его часто подозревали в разных неприглядных делах, он умел ловко выпутаться из ситуации.

Детские проступки Дональда принимали многие формы, включая обман, жульничество, мелкие кражи и издевательство над младшими. Повзрослев, он стал все больше и больше интересоваться сексом, азартными играми и алкоголем. В 14 лет он грубо набросился на девочку младше его возрастом, а когда та пригрозила пожаловаться родителям, запер ее в сарае. Ее нашли только через 16 часов. Дональд сначала заявил, что ничего не знает, а позже сказал, что его соблазнили, а дверь, должно быть, захлопнулась сама по себе. Страдания, пережитые девочкой и ее родителями, его нисколько не беспокоили... Его родители сумели отвести от него обвинения. Тем не менее инциденты такого рода происходили все чаще, пока, наконец, родители, чтобы он впредь не позорил семью, не отправили его в частную школу-интернат..

Дамский угодник. Когда Дональду было 17, он бросил школу-интернат, подделал на крупном чеке подпись отца и около года путешествовал по миру. Жилось ему явно неплохо; для поправки финансовых дел он прибегал к сочетанию обаяния, физической привлекательности и обмана. В последующие годы он сменил несколько работ, ни на одной из которых не задерживался дольше... нескольких месяцев. За этот период его обвинили во множестве преступлений, включая воровство, пребывание в нетрезвом виде в общественном месте, изнасилование и многочисленные нарушения дорожных правил. В большинстве случаев его либо отпускали, либо он отделывался легким наказанием.

Его сексуальные связи были частыми, случайными и бессердечными. В 22 года он женился на 41-летней женщине, с которой познакомился в баре. Затем последовало еще несколько браков, которые все были бигамными. В каждом случае сценарий был один и тот же: женитьба под настроение, несколько месяцев жизни на содержании

жены и расставание. Один брак был особенно интересен. После обвинения в мошенничестве Дональда направили в психиатрическое заведение с целью наблюдения за ним. Там он завоевал расположение одной из сотрудниц. Его обаяние, физическая привлекательность и убедительные обещания исправиться привели к тому, что та взяла его на поруки. Его осудили условно, и через неделю они поженились. Сначала дела шли неплохо, но когда она отказалась оплатить его карточные долги, он подделал ее подпись на чеке и скрылся. Вскоре его поймали и приговорили к 18 месяцам тюрьмы... Он сбежал, когда до освобождения оставалось меньше месяца.

Интересно отметить, что Дональд не видит в своем поведении ничего плохого, равно как не раскаивается и не винит себя за использование людей и причинение им страданий. Хотя такое поведение в целом обречено на провал, он считает его практичным и осмысленным. Периодические наказания никак не влияют на его эгоизм и уверенность в собственных силах... Его поведение абсолютно эгоцентрично, а потребности удовлетворяются без учета чувств и благополучия других людей (Hare, 1970, pp. 1–4).

Повторяющийся паттерн поведения, демонстрируемый Дональдом, характерен для людей с диагностированной психопатией. Интересно, что многие психопаты и асоциальные личности в итоге занимают ответственные посты в своих общинах. Данные показывают, что с возрастом асоциальное поведение, связанное со вторым аспектом психопатии, значительно ослабевает, хотя первый аспект с его эгоцентрическими, бессердечными и бессовестными чертами оказывается достаточно стабильным на протяжении всей жизни психопата (Cloninger et al., 1997; Harpur & Hare, 1997).

Причинные факторы при психопатии и асоциальной личности

Как и в случае со всеми рассмотренными ранее личностными расстройствами, причинные факторы при психопатии и асоциальной личности до сих пор не до конца ясны. Изучению психопатологии постоянно препятствует тот факт, что причинные факторы представляются разными как для отдельных людей, так и для различного социально-экономического положения, которое они занимают. Однако психопатия и асоциальное личностное расстройство изучались гораздо пристальнее, чем другие личностные расстройства. В настоящее время вырисовывается более ясная картина наиболее важных факторов, определяющих их развитие. В современных исследованиях по-разному подчеркивалась причинная роль генетических и конституциональных факторов, недостаточности аверсивного эмоционального возбуждения, эмоциональной недостаточности более общего характера, раннего научения асоциальному поведению как стилю копинга, влияния отдельных семейных и средовых паттернов.

В связи с тем что импульсивность, отреагирование и нетерпимость к дисциплине возникают у асоциальных лиц на раннем этапе жизни, отдельные исследователи сфокусировались на роли биологических факторов как каузальных агентов при психопатическом поведении. Некоторые из этих факторов будут рассмотрены в следующих разделах.

Генетические влияния. Большинство поведенческих генетических исследований рассматривали генетические влияния не на психопатию, а на криминальное поведение. Было выполнено много исследований, в которых использовался близнецовый метод сравнения уровней конкордантности у монозиготных и дизиготных близнецов, а также ряд работ, в ходе которых применялся метод усыновления, ког-

да частота криминального поведения у приемных детей преступников сравнивалась с таковой у приемных детей нормальных индивидов. Результаты тех и других изысканий говорят об умеренной наследуемости асоциального и криминального поведения (Carey & Goldman, 1997; Gottesman & Goldsmith, 1994; Lyllen, 1995; Nigg & Goldsmith, 1994). В отношении психопатии аналогичные выводы были сделаны как минимум еще в одной работе (Schulsinger, 1972). Эти эффекты сильнее выражены для взрослой криминальности, чем подростковой (Rutter, 1996). Однако исследователи отмечают, что активное влияние окружающей среды (см. далее) взаимодействует с генетической предрасположенностью, определяя, какие именно индивиды станут преступниками или асоциальными личностями (Carey & Goldman, 1997; Lykken, 1995). Более того: определенно ясно, что генетическими факторами нельзя объяснить ни резкий рост преступности, имеющий место в Соединенных Штатах и Соединенном Королевстве с 1960-х годов, ни десятикратный рост числа убийств в США по сравнению со статистикой Соединенного Королевства (Rutter, 1996).

Недостаточное авѐрсивное эмоциональное возбуждение и обусловливание

Результаты исследований показывают, что психопаты отличаются недостаточным аверсивным эмоциональным возбуждением; это делает их менее подверженными стра́ху и тревоге в стрессовых ситуациях, а также препятствует нормальному развитию нравственных качеств и социализации. Такое отсутствие тревоги связано больше с эгоцентрическим, бессердечным и эксплуатирующим аспектом психопатии, нежели с аспектом асоциального поведения (которое может иметь позитивную связь с тревогой) (Frick, 1988; Harpur et al., 1989; Lykken, 1995).

Например, в раннем классическом исследовании Ликкен (Lykken, 1957) обнаружил, что психопаты демонстрируют недостаточно обусловленную тревогу в предвидении наказания и медленно обучаются избегать реакций, вызывающих его (похожее раннее исследование см. у Eysenck, 1960). Предполагают, что в результате психопатам так и не удается приобрести многие обусловленные реакции, которые жизненно необходимы для нормального пассивного ухода от наказания, развития нравственных качеств и социализации (Trasler, 1978). Недавно Хейр подытожил проведенную в этом направлении научную работу, констатируя: «Именно эмоционально окрашенные мысли, образы и внутренний диалог порождают „угрызения" совести, объясняют ее строгий контроль над поведением и побуждают испытывать чувство вины и раскаяния за совершенные проступки. Психопаты не в состоянии это понять. Совесть для них ненамного больше рассудочного понимания правил, установленных другими людьми — то есть пустой звук (Hare, 1998, p. 112)».

Ранние представления Ликкена и Айзенка подтверждаются большим количеством проведенных исследований, из которых явствует недостаточное обусловливание тревоги у психопатов (например, Fowles, 1993; Fowles & Missel, 1994; Hare, 1978a, 1998; Lykken, 1995). Подобное явление лежит в основе успешного избегания наказания и может объяснять импульсивные действия индивидов, отличающихся неуемным характером. Согласно Фаулзу, недостаточное обусловливание тревоги связано с тем, что психопаты располагают дефектной *системой торможения поведения* (Fowles, 1980,1993; Fowles & Missel, 1994; см. также Newman, 1997). Грэй (Gray, 1987; Gray & McNaughton, 1996) высказал предположение, согласно которому система торможения поведения является невральной системой, лежащей

в основе тревоги. Эта невральная система ответственна за научение торможению реакций на сигналы, оповещающие о наказании; это разновидность так называемого *научения пассивному избеганию, которое* зависит от обусловливания тревоги и реакции на нее в случаях, когда за сигналами должно последовать наказание. Такое научение уходу от наказания называется *пассивным*, так как индивид избегает его благодаря тому, что не осуществляет действия (например, если он не совершит ограбления, то избежит наказания). Следовательно, дефекты в этой невральной системе сопряжены как с нарушением обусловливания тревоги, так и с недостаточностью научения пассивному избеганию наказания.

Второй важной невральной системой в модели Грэя является *система активации поведения*: она активирует поведение в ответ на сигналы о вознаграждении (позитивное подкрепление), а также на сигналы к *активному* избеганию грозящего наказания (например, через ложь или бегство). Активация этой системы сопряжена с такими позитивными эмоциями, как надежда и облегчение. Согласно теории Фаулза, у психопатов система активации поведения работает нормально или, быть может, чересчур активно, чем может объясняться их чрезмерная сосредоточенность на получении вознаграждения. Более того: если их застигают с поличным, они усиленно стараются избежать грозящего наказания (например, прибегая к обману и лжи или бегству). Возможно, гипотеза Фаулза о наличии у психопатов дефектной системы торможения поведения и нормальной или, возможно, гиперактивной системы его активации позволит объяснить три особенности психопатии: 1) нарушение в обусловливании тревоги сигналами о наказании; 2) трудности при научении психопатов прекращать поведение, чреватое наказанием; и 3) их нормальное или активное избегание наказания (посредством лжи, обмана и бегства) при явной его угрозе (Fowles, 1993, p. 9; см. также Hare, 1998).

Фаулз и Миссел (Fowles & Missel, 1994) отметили, что у психопатов, несмотря на недостаток тревоги в результате *предвидения* наказания, возникает вполне полноценная реакция страха или паники перед лицом угрожающего стимула (глава 5), которая регулируется иными невральными системами, — теми, что отвечают за реакцию борьбы или бегства. В поддержку этой идеи Фаулз приводит данные Шеллинга (Schalling, 1978), который различал психическую тревогу (с упреждающими беспокойством и озабоченностью) и соматическую тревогу (с паникой, кардиоваскулярными симптомами и мышечным напряжением). Шеллинг пришел к выводу, что психопатам недостает психической, но не соматической тревоги.

Эмоциональные дефекты общего характера

Интерес исследователей вызывает существование у психопатов общих эмоциональных дефектов, которые связаны с простым обусловливанием тревоги (Fowles & Missel, 1994; Hare, 1998). Психопаты в отличие от остальных людей демонстрируют меньшую физиологическую реактивность по отношению к сигналам дистресса (слайдам с изображением плачущих, явно убитых горем людей), что подтверждает представление о недостатке у них эмпатии (Blair et al., 1997). Однако они правильно реагируют на необусловленные сигналы об угрозе — слайды с изображением акул, наведенного оружия и злобных лиц.

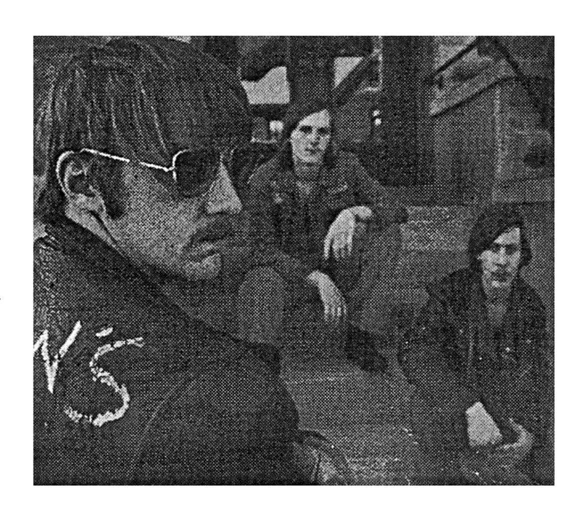
У людей и животных возникает больший испуг, когда какой-либо стимул (например, громкий звук) представлен на фоне уже возникшего тревожного состоя-

ния (подобного психической тревоге по Шеллингу) (например, Patrick, Bradley & Lang, 1993). При сравнении психопатических и непсихопатических заключенных Патрик с коллегами обнаружили, что у психопатов этого эффекта не было, хотя у непсихопатов он наблюдался. Действительно, психопаты выказывали меньший испуг или удивление при просмотре неприятных и приятных слайдов по сравнению с нейтральными слайдами, что говорит о малой значимости для них эмоциональной валентности стимулов (Hare, 1998). Патрик, Гутберт и Ланг (Patrick, Guthbert & Lang, 1994) показали, что у психопатических заключенных при просмотре пугающих и нейтральных ситуаций наблюдалась пониженная физиологическая реактивность по отношению к пугающим образам по сравнению с аналогичной реакцией у непсихопатических заключенных, что свидетельствует о меньшей «эмоциональной окрашенности» фантазий у психопатов (Hare, 1998, p. 112).

В недавнем резюме научных исследований, посвященных эмоциональным дефектам при психопатии, Хейр констатировал: «Создается впечатление, что психопатам... трудно до конца понимать и использовать слова, которыми нормальные люди обозначают обычные эмоциональные события и ощущения... Дело выглядит так, будто эмоции являются для психопатов вторым языком, требующим от них значительных... когнитивных усилий» (Hare, 1998, p. 115).

Потеря родителей в раннем возрасте, родительское отвержение и непоследовательное воспитание

Наверное, первое, что можно сказать о развитии психопатии и асоциальной личности, является допущение того или иного семейного разлада на раннем этапе жизни индивида. Ряд предположений о причинах этих расстройств был сделан на основе ранних наблюдений, согласно которым большое число асоциальных индивидов в раннем возрасте пережили травму, связанную с потерей родителей, — обычно в силу их развода или разъезда. Грир, например (Greer, 1964), обнаружил, что 60% лиц из группы асоциальных индивидов в детстве пережили потерю одного из родителей, тогда как в контрольной группе, состоявшей из лиц с другими нарушениями психологического приспособления, эта цифра равнялась 28%,



Асоциальному личностному расстройству зрелого возраста всегда предшествует нарушение поведения в отрочестве (как правило, с ранним дебютом). Однако асоциальными личностями становятся не все подростки с нарушенным поведением (особенно при позднем дебюте).

а в контрольной группе нормальных субъектов — 27%. Однако Хейр (Hare, 1970) уже 30 лет назад высказывал предположение, согласно которому решающим фактором в таких случаях становятся не потеря родителей как таковая, но эмоциональный разлад в семейных отношениях, возникающий до ухода отца или матери из семьи. Последние исследования убедительно подтверждают данную гипотезу.

В главе 3 мы отметили, что агрессия и замедленное развитие чувства ответственности относятся к тем отрицательным эффектам, которые возникают в результате отсутствия внимания родителей, непоследовательного воспитания, насилия, отверженности. Сейчас документально подтверждено, что у детей, претерпевших доказанное жестокое обращение и пренебрежение, в зрелом возрасте чаще развивается симптоматика АСЛР, чем у тех, чье детство отличалось гармоничным соотношением возрастных, расовых, половых и социально-классовых аспектов (Luntz & Widom, 1994). Более того: дети, родившиеся в ходе осложненных родов и отвергаемые матерями, особенно предрасположены к насилию в зрелом возрасте (Raine, Brennan & Mednick, 1994).

Происхождение психопатии и асоциального личностного расстройства не удается объяснить исключительно родительским невниманием и непоследовательностью воспитания. Этими же обстоятельствами отмечено более позднее формирование многих других дезадаптивных паттернов поведения; кроме того, у многих детей из неблагополучных семей в дальнейшем не возникает ни психопатии, ни асоциального личностного расстройства, ни какой-либо другой серьезной психопатологии. Поэтому объяснение причин данных расстройств требует получения более подробной информации. В следующем разделе рассматривается единое эволюционное представление, подразумевающее множественные взаимодействующие механизмы их патогенеза.

Представление о психопатии и асоциальной личности с точки зрения психологии развития

Давно известно, что психопатия и асоциальные расстройства чаще всего возникают в раннем детстве особенно у мальчиков, и количество асоциальных паттернов поведения, сформировавшихся в детские годы, является единственным надежным фактором, на основании которого можно предсказать развитие психопатии или асоциальных личностных расстройств в зрелости (Robins, 1978). Эта ранняя асоциальная симптоматика включает в себя «воровство, непослушание, побеги из дома, прогулы, общение с другими делинквентными детьми, возвращение домой позже назначенного часа, плохую дисциплину в школе и отставание в учебе» (Robins, 1978, p. 260); в настоящее время ей соответствует диагноз расстройства поведения.

Еще одним фактором, позволяющим предположить развитие в будущем асоциального расстройства личности, является возраст, в котором возникает данная симптоматика, сохраняющаяся даже в условиях контроля над рядом симптомов (Robins, 1991; Robins & Price, 1991); более раннее возникновение симптомов связывают с большей вероятностью развития асоциальной личности в зрелости. За последние 20 лет наши знания о факторах, связанных с формированием в детстве поведенческих паттернов, ведущих к постановке диагноза расстройства поведения (см. главу 14), значительно расширились. Из-за важности этой информации для понимания причин психопатии и асоциальной личности она будет кратко рассмотрена ниже.

Первичные нарушения у детей, впоследствии страдающих асоциальным расстройством личности, связывают с наличием одного из двух диагнозов. Первым является *оппозиционное расстройство неповиновения*, которое характеризуется паттерном враждебного и вызывающего поведения по отношению к авторитетным фигурам и начинается обычно по достижении шестилетнего возраста. Исследования подтвердили частый плавный переход от оппозиционного расстройства неповиновения к расстройству поведения, которое обычно не возникает вплоть до наступления девятилетнего возраста. Как будет подробнее обсуждаться в главе 14, именно у детей с ранним анамнезом оппозиционного расстройства неповиновения и последующим расстройством поведения чаще всего развивается асоциальное расстройство личности, психопатия или другие серьезные нарушения. Напротив, те, у кого нарушение поведения развивается в подростковом возрасте, обычно не становятся психопатами или асоциальными личностями, и эти нарушения ограничиваются отроческими годами (Hinshaw, 1994; Moffitt, 1993a). По мнению Хиншоу (Hinshaw, 1994), типичный паттерн для людей, предрасположенных к психопатии, выглядит следующим образом: «В типичном случае раздражительные реакции, недовольство у “рано дебютирующего” младенца к дошкольному возрасту преобразуются в дерзкое, конфликтное поведение; в младшем школьном возрасте оно перерастает в драчливость, лживость и мелкое воровство; в доподростковом возрасте практикуется насилие и отмечается раннее сексуальное развитие; в среднем подростковом возрасте грабежи и злоупотребление психоактивными веществами; а в зрелости — криминальные поступки, бессердечие и насилие по отношению к супругам и детям (Caspi & Moffitt, 1995; Moffitt, 1993a). Таким образом, асоциальная деятельность сохраняется, но ее формы заметно изменяются по ходу развития». (Hinshaw, 1994, p. 21).

Вторым ранним диагнозом, нередко перерастающим во взрослую психопатию или АСЛР, является дефицит внимания с гиперактивностью (ДВСГ). ДВСГ характеризуется беспокойным, невнимательным и импульсивным поведением, малым объемом внимания и высокой отвлекаемостью. Если ДВСГ сочетается с расстройством поведения (примерно 30–50% случаев), то возникает высокая вероятность психопатии в зрелом возрасте (Lyman, 1996; McBurnett & Pfiffner, 1998). Лаймен (Lyman, 1996, 1997) фактически называет детей с ДВСГ и расстройством поведения «неоперившимися психопатами» и предлагает детскую версию *PCL* («Контрольный список для выявления психопатии») для оценки индивидов с особенной предрасположенностью скорее к взрослой психопатии, нежели к АСЛР.

Сейчас появляется все больше данных в пользу наличия разного рода генетической предрасположенности, ведущей к мягким нейропсихологическим нарушениям, аналогично той, которая приводит к гиперактивности или нарушению внимания, что при сочетании с трудным темпераментом может быть важным фактором, предрасполагающим к расстройству поведения с ранним дебютом. Поведенческие проблемы, создаваемые этими предрасполагающими факторами, со временем порождают лавину первазивных (генерализованных) эффектов. Например, Моффитт и Лайнем (Moffitt & Lynam, 1994) выдвинули следующую гипотезу: «Каким образом нейропсихологические факторы риска запускают цепочку событий, завершающуюся асоциальными расстройствами? Одна из возможностей состоит в том, что подобные дефекты поведения влекут за собой цепочку неудачных контактов

между родителями и детьми... Дети с нелегким темпераментом и ранними поведенческими проблемами бросают вызов, который оказывается трудным даже для самых изобретательных, любящих и терпеливых родных. Проблемные паттерны поведения ребенка могут воздействовать на родительскую стратегию воспитания. Дети, отличающиеся „трудным темпераментом" в младенчестве, чаще сопротивляются материнским попыткам обуздать их. Оппозиционные паттерны детского поведения часто провоцируют и вынуждают взрослых членов семьи отвечать высокопунитивными и гневными реакциями. Дети, принуждающие своих родителей к поощрениям в сиюминутной ситуации, способны усвоить такой стиль взаимоотношений, который продолжает аналогично „срабатывать" в ходе последующих социальных контактов и с разными партнерами по общению... Иногда ребенок с нейропсихологическими проблемами и трудным поведением рано научается опираться на агрессивную тактику межличностного общения. Если он распространит свою асоциальную тактику на другие ситуации, то его поведенческий стиль может оформиться в синдром расстройства поведения» (pp. 245–247).

Кроме того, вероятность развития расстройства поведения, а позднее — взрослой психопатии или асоциального расстройства личности у ребенка с описанной генетической или конституциональной предрасположенностью повышается под действием других психосоциальных и социокультурных контекстуальных переменных. Паттерсон и коллеги (Capaldi & Patterson, 1997; Dishion & Patterson, 1997) относят к ним собственное асоциальное поведение родителей, развод и другие изменения в семье, низкий социоэкономический статус, неблагоприятное соседство, а также стресс и депрессию у родителей. Все перечисленное усугубляет неэффективность навыков воспитания, среди которых особенно выделяются приучение к дисциплине, мониторинг и супервизия. «К асоциальному поведению этих детей подготавливает сама семья: напрямую, принуждающим взаимообменом, и косвенно — отсутствием постоянного надзора и твердой дисциплины» (Capaldi & Patterson, 1994, p. 169; см. также Dishion & Patterson, 1997). Это, в свою очередь, слишком часто приводит к общению с девиантными сверстниками и возможности дальнейшего научения асоциальному поведению. Обобщенная модель происходящего представлена на рис. 9.1.

В целом индивиды с психопатией и асоциальной личностью демонстрируют паттерны девиантного поведения начиная с раннего детства — сначала в форме оппозиционного расстройства неповиновения, а в дальнейшем — в форме рано дебютирующего расстройства поведения. Растущее понимание причин этого явления наводит на мысль об участии в нем различных сочетаний биологических, психосоциальных и социокультурных факторов. Иными словами, это расстройство, при котором биопсихосоциальный подход приобретает решающее значение.

Социокультурные причины и психопатия

Изучение психопатии показывает, что это расстройство возникает во многих культурах, включая доиндустриальные, начиная от инуитов Северо-Западной Аляски и заканчивая нигерийскими йоруба. У йоруба психопат определяется так: «Человек, который всегда поступает по-своему и без оглядки на окружающих; он злонамерен, глуп, и от него не дождешься поддержки». Инуиты представляют его человеком, чей «разум знает, как поступить, но он не прислушивается к голосу рассудка...

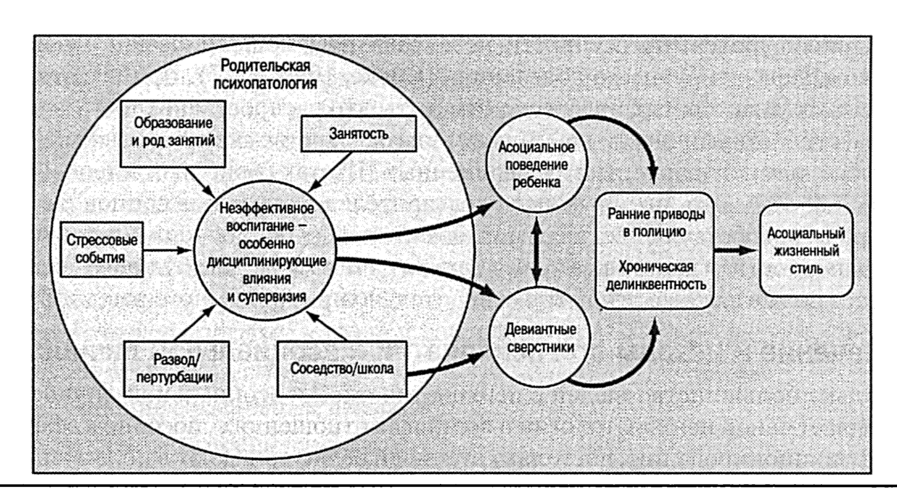


Рис. 9.1. Модель связи семейного контекста с асоциальным поведением

Для каждой из контекстуальных переменных в этой модели показана связь с асоциальным поведением во взрослой жизни. Асоциальное поведение у девочек не только встречается намного реже, но и, как выяснилось, менее устойчиво во времени, что затрудняет его предсказание (Capaldi & Patterson, 1994).

Это абстрактный термин для описания нарушения многих правил, осведомленность в которых не вызывает сомнений» (Murphy, 1976, р. 1026, цит. по Cooke, 1996, р. 23). Тем не менее непосредственные проявления расстройства, основанные на культурных факторах, равно как и его распространенность, также варьируют в зависимости от социокультурных влияний, которые побуждают или препятствуют его развитию.

Что касается различных межкультурных проявлений расстройства, то одним из главных симптомов среди них служит частота агрессивного поведения, сопровождающегося насилием. Социальные устои оказывают колоссальное влияние на выражение агрессивных импульсов, и потому неудивительно, что в некоторых культурах люди, которых мы назвали бы психопатами, бывают гораздо меньше расположены к агрессивному поведению, сопровождающемуся социальным насилием (Cooke, 1996). Не стоит, следовательно, удивляться тому, что в культурах, подобных китайской, агрессивное поведение наблюдается намного реже, чем в большинстве западных культур.

Кроме того, культуры можно классифицировать по таким параметрам, как индивидуализм и коллективизм. Состязательность, уверенность в себе и независимость от других акцентуируются в сравнительно индивидуалистических обществах, тогда как в обществах с традициями коллективизма подчеркиваются заслуги перед группой, одобрение властных фигур и стабильность отношений (Cooke, 1996). Неудивительно, что от обществ индивидуалистического типа (как наше) мы вправе ждать большего сочувствия к поведенческим характеристикам, которые, в конечном итоге, приводят к психопатии. К этим характеристикам относятся «бойкость и поверхностность, претенциозность, неразборчивость... наряду с безответственностью в отношениях» и «состязательность... с которой связан не только

повышенный уровень преступности, но и учащение... мошеннического, манипулятивного и паразитирующего поведения» (Cooke, 1996, р. 27). При всей скудости имеющихся у нас данных интересно отметить, что распространенность асоциального расстройства личности на Тайване — в государстве скорее коллективистского толка — намного ниже, чем в Соединенных Штатах (приблизительно 0,1–0,2% против 1,5–5%). Это интригующее предварительное изучение социокультурных факторов, способствующих как развитию симптоматики психопатии, так и ее распространенности, в настоящее время только начинается, но в будущем наверняка принесет новые важные открытия относительно причин данного расстройства.

Лечение и исходы при психопатии и асоциальной личности

Поскольку большинство людей с психопатической и асоциальной личностью не выказывает явной психопатологии и во многих отношениях способно к эффективному функционированию, постольку эти люди редко попадают в поле зрения врачей психиатрических больниц и клиник. Те, кто нарушает закон, могут участвовать в реабилитационных программах, находясь в заключении, но это редко помогает им измениться. Даже в случае существования для этих целей большего числа терапевтических учреждений, эффективное лечение представляло бы собой по-прежнему труднейшую задачу.

Традиционные психотерапевтические методы оказались неэффективными в отношении коррекции психопатических и асоциальных личностей. Факторы, заложенные в психопатическую личность — неспособность к доверию, сочувствию, научению из опыта и ответственности за свои действия, — явно и в крайней степени ухудшают прогноз при психодинамической психотерапии (Losel, 1998). Терапевты должны учитывать возможность попытки манипулировать ими со стороны психопатического пациента, и то, что сведения о его жизни, которые он сообщит, будут искажены и подтасованы (Losel, 1998). Не намного лучше оказались и биологические методы лечения психопатических личностей, включая электросудорожную и медикаментозную терапию. Антипсихотические препараты, вызывающие снижение агрессивных поведенческих нарушений у психопатов с дополнительной шизотипичной симптоматикой, могут оказывать благоприятные эффекты на отдельные симптомы (Losel, 1998). Однако анксиолитические препараты представляются противопоказанными, так как могут вызывать ослабление функционирования системы торможения поведения, которая при психопатии и так гипоактивна (Losel, 1998). Некоторого успеха в лечении импульсивного поведения у агрессивных и склонных к насилию преступников удалось добиться при помощи таких препаратов, как литий и карбамазепин, которые применяются в лечении биполярного расстройства (Gitlin, 1996; Losel, 1998). Наконец, недавно были получены предварительные, но обнадеживающие данные о применении препаратов из класса селективных блокаторов обратного захвата серотонина (*SSRI*), которые иногда способны смягчить агрессивное импульсивное поведение и улучшить навыки межличностного общения (Losel, 1998). Однако ни один из указанных методов биологического лечения не оказывает значимого воздействия на расстройство в целом, и многое еще предстоит сделать для поиска препаратов, наиболее эффективно влияющих на те или иные симптомы.

Когнитивно-поведенческие методы

Терапевты, использующие когнитивно-поведенческие методы, разработали многосторонние подходы, которые, как предполагают, будут оказывать большой лечебный эффект (Losel, 1998; Rice & Harris, 1997). Эти методы должны быть приведены в соответствие с уровнем опасности, которую представляет отдельный правонарушитель, таким образом, чтобы более высокий уровень внимания и лечения предназначался для более опасных больных (если только будущие исследования не докажут неэффективность новых методов при работе с такими преступниками). Они также должны учитывать особенности каждого правонарушителя. Когнитивно-поведенческое вмешательство при психопатии и АСЛР преследуют, как правило, следующие цели (Losel, 1998):

- улучшение социальных навыков;
- повышение самоконтроля;
- развитие самокритичности;
- улучшение навыков принятия социальной перспективы;
- сочувствие жертве;
- контроль над гневом;
- повышение профессиональной компетенции;
- решение межличностных проблем;
- изменение асоциальных установок;
- лечение токсической зависимости;
- исключение контактов с асоциальным окружением;
- улучшение позитивных интеракций с нормальным окружением.

Подобные программы требуют ситуации, в которой терапевт может давать или откладывать подкрепление, а индивид не в силах уклониться от лечения (например, в стационаре или в заключении). Для успешного лечения обязателен контроль над ситуацией. При лечении асоциального поведения мы имеем дело со стилем жизни вообще, а не с отдельным дезадаптивным паттерном поведения вроде фобии, который можно сделать мишенью для вмешательства. Без контроля над ситуацией прерывистое подкрепление краткосрочных приобретений и успешный уход от наказаний в сочетании с отсутствием тревоги и вины оставляют асоциального индивида немотивированным к изменению. Само по себе наказание не в силах изменить асоциальное поведение.

Методика когнитивного лечения личностных расстройств, предложенная Беком и Фриманом (Beck & Freeman, 1990), содержит интересный подход, который можно использовать в лечении асоциального расстройства личности, сконцентрировав внимание на улучшении социального и морального поведения путем анализа свойственных психопатам эгоистических дисфункциональных убеждений. К ним относятся: «Мои действия оправдываются желанием что-то получить или чего-то избежать»; «Я всегда делаю правильный выбор»; «Мнение окружающих не влияет на мои решения, если только эти люди не обладают непосредственным контролем над сиюминутными последствиями»; «Нежелательных последствий не будет,

а если они будут, то не затронут меня лично» (Beck & Freeman, 1990, p. 154). В ходе когнитивной терапии терапевт старается направить мысли пациента в сторону мышления высшего и более абстрактного порядка, используя принципы, основанные на теориях морального и когнитивного развития. Реализовать это можно посредством управляемых дискуссий, структурированных когнитивных упражнений и поведенческих экспериментов. В примере, представленном ниже, показано, как проводится сеанс когнитивной терапии при работе с асоциальной личностью.

Разбор случая: когнитивное лечение психопата.

Терапевт: Тебе всегда хотелось «побить систему» — и что же? Это всегда получалось?

Бретт: Иногда получается легко, пока тебя не поймают или не начнут ловить. Тогда приходится послать задуманное к черту и сочинить что-то новое.

Терапевт: Легко ли тебе было отказаться от одной схемы и выдумать другую?

Бретт: Иногда было очень легко. Вокруг полно тех, кого можно обмануть.

Терапевт: Всегда было легко?

Бретт: Ну, не всегда. Бывает, нарвешься на кого-нибудь... Чтобы побить систему, обязательно нужно иметь хороший план.

Терапевт: А ты никогда не думал, что проще придерживаться системы, чем побить ее?

Бретт: Ну, после всего, через что я прошел, мне придется ответить «да». Бывали случаи, когда держаться системы было легче, но так соблазнительно — побить ее. Я возбуждаюсь, когда у меня есть новый план, и мне кажется, что я добьюсь своего. Мне и в голову не придет помириться с системой.

Терапевт: Значит, ты выбираешь, что тебе делать, в зависимости от того, насколько тебя возбуждает идея, твой план?

Бретт: Да.

Терапевт: Однако некоторые планы обошлись тебе дорого и, в конце концов, создали проблемы.

Бретт: Да.

Терапевт: И как же это соотносится с твоей целью вести легкую, беззаботную жизнь, в которой не нужно много трудиться?

Бретт: Никак. (*Пауза.*) Ну и как же мне начать жить легкой жизнью, доктор?

Терапевт: Ты хоть раз задумывался над своими выборами, взвешивал их, прикидывал последствия?

Бретт: Редко. Обычно я просто собираюсь побить систему.

Терапевт: Что, по-твоему, будет, если ты задумаешься над другими вариантами?

Бретт: Не знаю.

Терапевт: Есть ли у тебя прямо сейчас какая-нибудь денежная проблема, такая, чтобы тебе пришлось искать из нее выход?

Бретт: Ну да... чем мне заплатить за квартиру, чем заплатить за аренду ночного клуба, подготовить его к открытию, а еще заплатить адвокату.

(*Позднее, после обсуждения вариантов.*)

Терапевт: Итак, похоже, что у тебя есть несколько вариантов разрешения данной финансовой ситуации. Раньше, оказавшись в таком положении, ты чаще прибегал к какой-нибудь схеме, позволяющей обмануть систему... Теперь ты рассмотрел целый ряд возможностей. Какая, по твоему мнению, окажется самой простой и оптимальной?

Бретт: Отремонтировать клуб и начать работу.

Хотя подобного рода когнитивная терапия представляется весьма перспективной, в настоящее время ее эффективность подкреплена лишь описаниями единичных случаев (Davidson & Tryer, 1996). Высокая эффективность когнитивной терапии представляется маловероятной, но ее сочетание с тем или иным поведенческим методом, описанным выше, может быть очень действенным.

Насколько эффективны лучшие из этих многосторонних когнитивно-поведенчески ориентированных лечебных программ? На сегодняшний день их эффекты в целом значительны, но скромны по объему, и больше выражены при лечении юных правонарушителей (тинейджеров), нежели взрослых преступников, — возможно, потому, что в первой группе чаще встречается нарушенное поведение, которое ограничено подростковым возрастом, тогда как во второй больше доля закоренелых пожизненных психопатов. Имеющиеся данные заставляют считать, что лечить психопатию, вероятно, еще труднее, чем асоциальное расстройство личности (Losel, 1998; Rice & Harris, 1997). В связи со скромным характером этих результатов государственная политика склонилась к простому требованию ужесточить наказания и казни — решение, которое ведущие исследователи данного направления считают «социальной политикой, обреченной на провал» и которая опирается на ложное заключение об уже якобы доказанной неэффективности подобных методов лечения (Rice & Harris, 1997, p. 432). Следует признать, что исследования, касающиеся разработки эффективных методов лечения психопатии и асоциальной личности, все еще пребывают на самой ранней стадии и что многое еще только предстоит сделать.

К счастью, в возрасте около 40 лет состояние многих психопатических и асоциальных личностей улучшается без всякого лечения, что, может быть, связано с ослабеванием биологических стимулов, более полным осознанием несостоятельных паттернов поведения и кумулятивными эффектами социального обусловливания. Таких индивидов часто называют «перегоревшими психопатами». Хейр, Мак-Ферсон и Форт (Hare, McPherson & Forth, 1988) подтвердили гипотезу о том, что психопаты со временем «перегорают». Они наблюдали за группой психопатов-мужчин и следили за их криминальной деятельностью после 40 лет. Исследователи обнаружили, что по достижении 40-летнего возраста криминальное поведение явно и резко ослабевает. Однако даже при таком ослабевании криминального поведения около 50% этих людей попадают под арест и после 40 лет. Несмотря на возможность формирования, в конечном счете, менее деструктивных действий, психопаты и до этого возраста способны устроить великое опустошение, равно как и после, если не изменятся. Более того, Харпур и Хейр (Harpur & Hare, 1994) показали, что с возрастом ослабевает лишь аспект психопатии, связанный с асоциальным поведением, чего не происходит с ее аффективным и межличностным аспектом — эгоцентризмом, бессердечием и эксплуатацией людей.

Ввиду страданий и бед, навлекаемых психопатами на окружающих, социального ущерба, который они наносят, представляются желательными, а в итоге и более экономичными — дополнительные усилия, направленные на разработку эффективных профилактических программ. В настоящее время проводятся многие непрерывные длительные исследования, касающиеся профилактики нарушения поведения у детей, входящих в группу риска по этому расстройству. Обзор наиболее ярких аспектов таких профилактических программ см. в справке 9.2: «Современная жизнь. Профилактика психопатии и асоциального личностного расстройства».

Нерешенные проблемы:

II ось в *DSM-IV*

В процессе чтения этой главы, вероятно, возникали некоторые трудности в формировании четкого представления о каждом отдельном личностном расстройстве. Вероятно, что при описании различных расстройств, особенности и свойства которых перекликались с другими состояниями, например шизоидного с шизотипичным или избегающим личностным расстройством, мы предприняли попытку определить очевидные различия между прототипами разных личностных расстройств, имеющими наибольшее число общих черт. Однако в большинстве ситуаций люди не вполне строго соответствуют этим прототипам и удовлетворяют диагнозам нескольких личностных расстройств. Действительно, как отмечали Уидигер и Роджерс (Widiger & Rogers, 1998; Widiger et al., 1991), в среднем 85% пациентов с одним личностным расстройством также удовлетворяют диагнозу, как минимум еще одного, а в некоторых случаях — четырех и более расстройств (Shea, 1995; Skodol et al., 1991). Кроме того, одним из *самых частых* диагнозов является «разношерстная» категория «иных личностных расстройств» (например, Tryer, 1995;

СПРАВКА 9.2. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Профилактика психопатии и асоциального личностного расстройства

Если принять во внимание, что расстройство поведения почти всегда выглядит предпосылкой для последующего развития психопатии или асоциального расстройства личности и плохо поддается лечению (Southam-Geron, & Kendall, 1997; см. главу 14), то наиболее оптимальным представляется превентивный подход, направленный как на минимизацию вышеописанных средовых и возрастных факторов риска, так и на размыкание некоторых порочных кругов, в которые, вероятно, вовлекаются дети из группы риска. Первые результаты таких превентивных усилий видятся многообещающими, но пройдет много лет, прежде чем мы осознаем их истинный потенциал в плане профилактики психопатии и асоциального расстройства личности у взрослых.

С учетом описанной поэтапной модели этиологии АСЛР, идея профилактики чрезвычайно усложняется из-за множества разных стадий, на которых могут и, вероятно, должны осуществляться профилактические вмешательства. Некоторые из них, адресованные матерям с установленным риском рождения детей с развитием вышеуказанных расстройств (живущим в нищете, молодым и часто – матерям-одиночкам), включают пренатальный уход, улучшение питания матери, сокращение курения и злоупотребления наркотиками, а также усовершенствование родительских навыков (Olds et al., 1986, 1994; Reid & Eddy, 1997). Исследование, посвященное одному из таких интенсивных вмешательств, начатому на 30-й неделе беременности и продолжавшемуся на протяжении первых 2 лет жизни ребенка, принесло весьма впечатляющие результаты (Olds et al., 1994).

Для периода перехода к школьному обучению Паттерсон с коллегами разработали программы, нацеленные на семейную среду и призванные обучать родителей эффективным дисциплинирующим воздействиям и супервизии. Дети из группы риска, в чьих семьях предпринимались такого рода вмешательства, лучше успевают в учебе, реже общаются с делинквент-

Widiger & Corbit, 1995); она включает лиц, не попадающих ни под одну из десяти категорий, но, скорее, сочетающих в себе признаки нескольких различных категорий.

Дело осложняется еще и тем, что различные неструктурированные интервью и опросники-самоотчеты, разработанные для повышения надежности диагностики личностных расстройств, лишь частично согласуются с реально существующим у индивида расстройством (Oldham et al., 1992; Widiger & Sanderson, 1995). Иными словами, диагнозы II оси значительно менее надежны, чем диагнозы, предусмотренные I осью. Кларк (Clark, 1992) представил обзор данных о временном непостоянстве диагнозов личностных расстройств, которого, исходя из их определения в *DSM*, не должно быть, так как, согласно *DSM*, личностные расстройства представляют собой «устойчивые паттерны» ригидного и дезадаптивного поведения.

Диагнозы II оси ненадежны (что приводит к серьезным разногласиям среди терапевтов по поводу правильной постановки диагноза) по ряду причин. Одна проблема проистекает из допущенной в *DSM-IV* возможности провести четкое различие между наличием и отсутствием личностного расстройства (Livesley, 1995; Widiger & Sanderson, 1995). Личностные процессы, классифицированные в пределах II оси, имеют *многомерный* характер, и, следовательно, данные, на которых основывается эта классификация, лежат в основе личностных черт с вариативной вы-

ными сверстниками и реже втягиваются в употребление наркотиков. Подобный семейный или родительский тренинг может быть эффективен и в плане смягчения и профилактики дальнейшего асоциального поведения у детей и подростков, которые уже практикуют асоциальные действия, хотя вмешательство на стадии дошкольного образования было более эффективным и менее трудоемким (обзор см. в Reid & Eddy, 1997). Тем не менее показано, что такие вмешательства эффективны на любой стадии, они снижают частоту правонарушений и общее время, проведенное в заключении.

Другие профилактические усилия направлялись как на школьную среду, так и на сочетание семейной и школьной среды. Хотя по многим причинам общая реализация таких программ дается с большим трудом, в их разработке достигнут значительный прогресс. Одним особенно перспективным исследованием такого рода с непрерывными многосторонними вмешательствами является вмешательство *FAST Track* («Семья и школа»). В эту интенсивную программу, включающую родительский тренинг и школьное вмешательство, набирают детей детсадовского возраста, которые посещают неблагополучные учебные заведения (обычно бедные и расположенные в городских гетто) и уже состоят в нежелательных связях со сверстниками, а также демонстрируют выраженное деструктивное поведение. В центре внимания оказываются навыки решения межличностных проблем, эмоциональная зрелость и навыки самоконтроля. Учителей обучают управлению деструктивным поведением, а родителей ставят в известность об информации, которую получают их дети. Первые результаты весьма обнадеживают с точки зрения сокращения последующих поведенческих нарушений. Кроме того, дети, участвующие в *FAST Track*, реже кажутся сверстникам агрессивными, их больше любят и у них лучше навыки чтения (Coie, 1996; Reid & Eddy, 1997). Такие вмешательства обходятся дорого, но если они в силах предотвратить (или, по крайней мере, резко снизить) крайне дорогостоящие последствия для общества, связаные с развитием у этих детей развернутой взрослой психопатии или АСЛР, то будущая прибыль перевесит первоначальные затраты.

раженностью у разных людей. Все мы, например, время от времени становимся подозрительными, но выраженность этой черты у человека с параноидным личностным расстройством приобретает крайнее значение. Подозрительность можно рассматривать как параметр, по которому можно оценивать, в сущности, всех людей, измеряя его в баллах. В пределах показательной «шкалы подозрительности» количество баллов может варьировать следующим образом:

Крайне низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Крайне высокая

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Целый ряд исследований, в которых предпринимались попытки найти точки разрыва в подобного рода измерениях, то есть точки, в которых нормальное поведение становится явно отличным от патологического, не имели успеха (Widiger & Anderson, 1995). Так, Циммерман и Кориелл (Zimmerman & Coryell, 1990) пришли к выводу, что для «баллов, в которых оцениваются личностные расстройства, характерно континуальное распределение без участков разрежения, которые позволяли бы провести разграничение между нормой и патологией» (р. 690). Более того, стремление диагностировать личностное расстройство с помощью изменения соотношения пограничных точек или точек, соответствующих пороговым величинам, как это было сделано для ряда личностных расстройств в процессе преобразования *DSM-III* в *DSM-III-R*, может разительно сказаться на кажущейся распространенности отдельных расстройств. Такой расчет привел, например, к «800-процентному росту частоты шизоидного расстройства личности и 350-процентному — нарциссического» (Morey, 1988а, р. 575).

Вторая проблема, присущая классификации расстройств по II оси, связана с колоссальными различиями в симптоматике у разных людей, имеющих тем не менее один и тот же диагноз (Clark, 1992; Widiger & Sanderson, 1995). Например, для постановки диагноза пограничного личностного расстройства, человек, в соответствии с *DSM-III-R*, должен удовлетворять пяти из восьми возможных критериев (в *DSM-IV* — пяти из девяти). Уидигер с коллегами подсчитали, что этому условию удовлетворяет 93 возможных (через различные комбинации симптомов) варианта критериев *DSM-III-R* (Widiger, 1993; Widiger & Sanderson, 1995). Более того: подразумевается, что у двух человек с одним и тем же диагнозом может быть только два общих симптома. Например, один человек может удовлетворять критериям 1–5, а другой — критериям 4–8. В отличие от них, третьему индивиду, который удовлетворяет только критериям 1–4, не будет поставлен диагноз пограничного личностного расстройства, тогда как он будет больше похож на первого пациента, чем первые два человека друг на друга (Clark, 1992; Widiger & Sanderson, 1995). Еще больше удивляет анализ критериев, предусмотренных в *DSM-III-R* для асоциального расстройства личности, так как им могут удовлетворять около 150 млн комбинаций (Widiger & Sanderson, 1995).

Ось II не удовлетворяет как исследователей, так и клиницистов. Отчасти такая ситуация сложилась из-за трудностей практического применения системы и ее относительной ненадежности. Более того, в реальной клинической практике многоосевая система редко применяется в целом. Хотя сведения о диагнозах I оси обычно заносятся в медицинские карты больных (этого требуют страховые и ад-

министративные правила), информация о других осях, включая II ось, обычно не учитывается, потому что на основе предусмотренных ими понятий трудно поставить надежный диагноз. Кроме того, наличие диагноза II оси часто вызывает пессимизм в отношении прогноза лечения (Livesley et al., 1994).

И все же разработчики *DSM-III* внесли большой вклад в теорию, признав значимость оценки преморбидных личностных факторов в клинической картине расстройств и разработав для них вторую ось. Использование концепций II оси может привести к лучшему пониманию больного и возможных результатов его лечения. Прочные, укоренившиеся личностные особенности способны препятствовать лечебным вмешательствам. Использование II оси в ходе планирования лечения заставляет клиницистов обращать внимание на эти длительно существующие, не поддающиеся коррекции личностные факторы.

Что можно сделать для разрешения вопросов, связанных с II осью? Большинство исследователей считают, что психиатрам следует отказаться от типологического подхода к классификации в пользу многомерного подхода и методов оценки, учитывающих сравнительные «величины» особенностей, наблюдаемых у пациентов. В главе 14 мы подробнее коснемся этой темы в отношении к детям. То, что многомерный подход плохо поддается классификации, отчасти объясняется тем, что медики отдают явное предпочтение категориальному подходу. Более того: существуют опасения, согласно которым многомерный подход к оценке личности может быть неприемлемым ввиду большого количества времени, которое уйдет на освоение и применение строгих количественных критериев у большинства и без того занятых клиницистов. Тем не менее обзоры имеющихся данных показывают, что многие клиницисты испытывают неудобства при работе с существующей категориальной системой, которая при правильном ее применении слишком громоздка, так как подразумевает необходимость оценки почти 80 диагностических параметров, предусмотренных *DSM-IV* для личностных расстройств (Widiger, 1993; Widiger & Sanderson, 1995). Уидигер утверждал, что использование многомерной модели может потребовать меньше времени при сокращении числа категорий и возможности их комбинаций.

При дальнейшем использовании существующей категориальной классификации необходимо установить четкие границы категорий, чтобы сделать их более точными и взаимоисключающими. Классификация должна вобрать в себя паттерны поведения и черты, которые не пересекаются с другими категориями. Однако подобные попытки уже предпринимались при анализе *DSM-III* с преобразованием ее в *DSM-III-R* и *DSM-IV*. Поэтому, несмотря на потребность в такой классификации, окончательный анализ может выявить его невозможность с научной точки зрения. Если существуют «строгие» кластеры, позволяющие сгруппировать дезадаптивные личностные черты в удобные классы, идеально отвечающие требованиям категориального подхода, то они (если вообще существуют) весьма немногочисленны.

Таким образом, окончательный статус II оси в будущих редакциях *DSM* остается неопределенным. До сих пор не получили разрешения многие проблемы, связанные с использованием типологических классов для многомерных паттернов поведения (черт), хотя сегодня они признаются почти повсеместно. Одна из основных причин того, что многомерные модели пока еще не заменили собой модели

категориальные, заключается в том, что существует целый ряд различных многомерных систем, и на сегодняшний день ни одной из них не отдано предпочтения. (Clark & Livesley, 1994; Livesley, 1995; Widiger & Sanderson, 1995). Кроме того, существует мнение о необходимости приписать личностные расстройства к I оси наряду с другими расстройствами, сохранив за II осью описание всех существующих личностных профилей — нормальных и анормальных (Livesley et al., 1994; Livesley, 1995).

Резюме

Личностные расстройства представляют собой крайние или расширенные паттерны личностных черт, предрасполагающие индивида к дезадаптивному поведению. Известен ряд личностных расстройств, отмеченных устойчивыми дезадаптивными паттернами восприятия, мышления и отношения к окружающему миру. Описаны три общих кластера таких расстройств. 1. Кластер *A*, в который входят чудаковатые и эксцентричные индивиды с параноидным, шизоидным и шизотипичным расстройствами личности. 2. Кластер *B*, в который входят индивиды с общей тенденцией к демонстративности, эмоциональности и переменчивости, страдающие истероидным, нарциссическим, асоциальным и пограничным личностными расстройствами. 3. Кластер *C*, куда входят индивиды с избегающим, зависимым и обсессивно-компульсивным личностными расстройствами, отличающиеся пугливостью и напряжением, похожими на те, что наблюдаются при тревожных расстройствах. В приложении к *DSM-IV* указаны также два условных личностных расстройства, требующих дальнейшего изучения: пассивно-агрессивное и депрессивное. Необходимость и целесообразность их выделения вызывают сомнения у исследователей и практических врачей.

Причины многих личностных расстройств пока еще мало изучены. По некоторым данным, конституциональные и генетические факторы могут играть роль в развитии пограничного, параноидного, шизотипичного и асоциального личностных расстройств. Однако ни одно из них не является полностью наследственным, и современные научные исследования направлены на выявление психологических факторов, которые тоже могут оказывать влияние на их возникновение. Ряд данных свидетельствует о роли жестокого обращения в раннем детстве в развитии пограничного личностного расстройства, но для окончательных выводов необходимо предпринять дальнейшие исследования. Наряду с относительной недостаточностью научных данных о причинах личностных расстройств, не выясненными остаются и оптимальные методы их лечения. Лечение расстройств кластера *C*, в который входят зависимое и избегающее личностные расстройства, представляется наиболее перспективным, хотя новое направление когнитивно-поведенческой терапии, предназначенное для лечения пограничного личностного расстройства (диалектическая поведенческая терапия), также обещает быть весьма успешной в лечении этого чрезвычайно серьезного нарушения. Труднее всего поддаются лечению шизотипичное и параноидное расстройства кластера *A*.

К самым распространенным личностным расстройствам относятся расстройство асоциальное или психопатическое. При этом расстройстве человек ведет себя

бессердечно и неэтично, не имеет привязанностей, но часто обладает умом и внешним обаянием. Создается впечатление, что при данном расстройстве важную роль играют конституциональные, научающие и неблагоприятные факторы среды. Генетические факторы также могут предрасполагать к развитию этого расстройства. Кроме того, для психопатов характерна недостаточность аверсивного эмоционального возбуждения, неудовлетворительное обусловливание тревоги и пассивного избегания, в чем проявляется низкая активность системы торможения поведения: неврологического субстрата тревоги. У таких пациентов наблюдается эмоциональная недостаточность общего характера. Расстройство часто начинается и распознается в детстве или раннем подростковом возрасте, но диагноз асоциальной личности ставится лишь по достижении 18 лет.

Психопатов трудно лечить, так как они редко считают себя нуждающимися в лечении и склонны сваливать вину за свои проблемы на других. Традиционная психотерапия в этих случаях, как правило, неэффективна, но там, где возможен контроль, например в закрытых лечебных учреждениях, многосторонние когнитивно-поведенческие методы приводили к некоторому успеху.

Наконец, существует много теоретических и практических проблем, связанных с современным описанием личностных расстройств в *DSM-IV*. Одна из них заключается в том, что надежность их диагностики далека от идеала даже при использовании структурированных интервью. Кроме того, у большого числа людей диагностировано свыше одного личностного расстройства или личностное расстройство неизвестного характера, что свидетельствует о том, что для большинства пациентов категории в нынешнем варианте не дают адекватного описания личностных нарушений. Наконец, многие исследователи и клиницисты предпочитают использование многомерного подхода к познанию личностных расстройств, однако до сих пор нет единого мнения о том, какой из имеющихся многомерных методов считать наилучшим.

ГЛАВА 10

Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ и другие аддиктивные расстройства

Растущая проблема злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них снискала внимание общественности и научных кругов. Хотя наши знания данной проблемы сегодня недостаточны, изучение ее с точки зрения дезадаптивного приспособления к жизненным требованиям, свободное от всякого социального порицания, привело к очевидному прогрессу в их понимании и лечении. Подобный подход, разумеется, не означает, что индивид не несет никакой персональной ответственности за развитие проблемы; широко распространенное представление о том, что токсическую зависимость и злоупотребление химическими препаратами можно рассматривать как «заболевание», не должно подразумевать, что индивид является пассивным участником процесса, в ходе которого формируется зависимость. Многие считают, что образ жизни индивида и его личностные особенности играют важную роль в развитии аддиктивных расстройств и выступают на первый план при некоторых формах лечения.

Аддиктивное поведение — поведение, основанное на патологической потребности в определенных препаратах или занятии, может быть связано со злоупотреблением химическими веществами — никотином, алкоголем, кокаином — или с чрезмерным поглощением высококалорийной пищи, приводящим к крайнему ожирению. Аддиктивное поведение является одним из самых первазивных и неистребимых психических нарушений, с которыми сталкивается современное общество. Аддиктивные расстройства встречаются повсеместно: это крайне высокий уровень алкоголизма; трагические сообщения о знаменитых спортсменах и звездах эстрады, пристрастившихся к кокаину; сведения о случаях патологического азарта, который возрос при расширении возможностей легально участвовать в азартных играх.

Из опасных веществ, становящихся предметом злоупотребления, чаще всего употребляют **психоактивные препараты** — химические вещества, нарушающие психическое функционирование: алкоголь, никотин, барбитураты, транквилизаторы, амфетамины, героин и марихуану. Некоторые из этих веществ, например алкоголь и никотин, взрослые приобретают на законном основании; прием других, напри-

мер барбитуратов, официально разрешен под наблюдением врача; третьи, подобные героину, остаются вне закона.

Классификация расстройств, связанных с употреблением аддиктивных или психоактивных веществ, подразделяет их на две большие категории. В первую входят органические психические расстройства и синдромы (последние рассматриваются наряду с органическими психическими расстройствами), вызванные употреблением психоактивных веществ — состояния, которые подразумевают *органические нарушения*, являющиеся результатом употребления психоактивных веществ: например, алкогольная деменция с амнезией, ранее известная как корсаковский синдром. Эти состояния развиваются в силу **токсичности** вещества (ведущей, например, к амфетаминовому бредовому расстройству, алкогольной интоксикации или каннабиноидному делирию) или на фоне физиологических изменений в мозгу, связанных с витаминной недостаточностью.

Ряд аддиктивных расстройств входят во вторую категорию, которая включает дезадаптивные паттерны поведения, являющиеся следствием регулярного и систематического употребления химических препаратов. К ним относятся расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ, а также расстройства, вызванные химической зависимостью. Система классификации расстройств, связанных со злоупотреблением химическими веществами, которой придерживаются *DSM-IV* и МКБ-10 (*Международная классификация болезней*, опубликованная Всемирной организацией здравоохранения), предусматривает две главные категории: 1) расстройства, связанные с химической зависимостью, и 2) расстройства, связанные со злоупотреблением химическими веществами (см. справку 10.1).

Несмотря на то что некоторые исследователи и клиницисты не согласны с дихотомическим делением, другие считают этот метод классификации аддиктивных расстройств удобным как в научном, так и в клиническом отношении (Maisto & McKay, 1995).

Под **злоупотреблением психоактивными веществами** обычно понимается патологическое употребление вещества, ведущее к потенциально рискованному поведению — вождению в состоянии интоксикации или систематическому приему вещества, невзирая на подорванное здоровье, проблемы в социальной, психологической или профессиональной сфере. Под **зависимостью от психоактивных веществ** понимаются более тяжелые формы расстройств, которые обычно сопровождаются отчетливой физиологической потребностью во все большем и большем количестве вещества для достижения желаемого эффекта. Зависимость при таких расстройствах означает, что у индивида развивается толерантность к наркотику или симптомы отмены, когда последний недоступен. **Толерантность** — потребность в повышенных дозах определенного вещества, например алкоголя, для достижения желаемого эффекта является следствием биохимических изменений в организме, связанных с нарушением его метаболизма и выведения вещества. Принятый алкоголь разносится током крови по всему организму. **Симптомы отмены** — соматические симптомы, развивающиеся в состоянии абстиненции, то есть воздержания от наркотика: потоотделение, тремор и напряжение.

Помимо расстройств, вызванных злоупотреблением и зависимостью от отдельных веществ, например алкоголя, существуют расстройства, обладающие всеми признаками аддиктивного нарушения (такие, как переедание), но не связанные

с веществами, у которых имеются химические аддиктивные свойства. Два из этих расстройств — переедание и патологический азарт — будут рассмотрены в этой главе, так как дезадаптивные паттерны поведения, которыми они сопровождаются, и методы их эффективного лечения аналогичны тем, которые имеют место при разнообразных токсикоманиях и химически обусловленных расстройствах. Поскольку алкоголь — одно из наиболее изученных веществ, являющихся предметом злоупотребления, мы начнем наше обсуждение с него. Многое из того, что нам известно о долговременных эффектах, причинах и аддиктивных механизмах при алкоголизме, в известной мере применимо и к другим веществам.

Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость

В прошлом термины *алкоголик* и *алкоголизм* имели широкое толкование и разные клиницисты рассматривали их по-своему. Сегодня существует тенденция к использованию более сдержанного определения. Например, Всемирная организация здравоохранения больше не рекомендует пользоваться термином *алкоголизм*, предпочитая термин *синдром алкогольной зависимости* — «психическое и также, как правило, физическое состояние, являющееся результатом употребления алкоголя и

СПРАВКА 10.1

Критерии *DSM-IV* для расстройств, связанных с химической зависимостью и употреблением химических веществ

Расстройство, вызванное химической зависимостью

Это дезадаптивный паттерн употребления химических веществ, ведущий к клинически значимому нарушению или дистрессу, когда в то или иное время на протяжении последних 12 месяцев имеют место как минимум три нижеперечисленных события.

- Толерантность, определяемая одним из следующих явлений:
  - имеет место потребность в заметно возросших количествах препарата, необходимого для наступления интоксикации или желаемого эффекта;
  - имеет место значительное снижение эффекта при дальнейшем употреблении одного и того же количества вещества (для достижения первоначального эффекта необходимо большее количество данного вещества).
- Абстиненция, о которой свидетельствует одно из следующих явлений:
  - у индивида проявляется характерный синдром отмены препарата;
  - во избежание или для облегчения симптомов отмены употребляется то же или близко родственное вещество;
  - вещество часто употребляется в больших количествах или дольше, чем предполагалось изначально;
  - существует настойчивое желание или безуспешные попытки снизить или проконтролировать употребление препарата;

отличающееся поведенческими и другими реакциями, которые всегда подразумевают настойчивую тягу к постоянному или периодическому приему алкоголя ради переживания его физиологических эффектов, а иногда с целью избежать дискомфорта, связанного с его отсутствием; это состояние может либо сопровождаться, либо не сопровождаться явлениями толерантности» (WHO, 1992, р. 4). Но, поскольку термины «алкоголик» и «алкоголизм» по-прежнему имеют широкое хождение, мы тоже будем их использовать в этой книге.

Представители многих древних культур, включая египетскую, греческую и римскую, употребляли алкоголь по многим поводам и часто — в избытке. Пиво впервые появилось в Египте приблизительно в 3000 году до нашей эры. Древнейшие из дошедших до нас винодельческих рецептов были записаны в Италии Марком Катоном примерно за полтора века до Рождества Христова. Приблизительно в 800 году нашей эры арабский алхимик разработал процесс перегонки, повысив ассортимент и крепость алкогольных напитков. Проблемы в связи с избыточным потреблением алкоголя отмечались почти с самого момента его появления. Камбис, царствовавший в Персии в VI веке до нашей эры, пользовался сомнительной славой одного из первых известных алкоголиков.

Термин «алкоголик» часто используется для обозначения индивида, у которого существуют серьезные проблемы с употреблением алкогольных напитков, связанные со здоровьем, межличностными взаимоотношениями и профессиональным

- индивид тратит много времени на деятельность, необходимую для получения, употребления вещества или высвобождения от его воздействия;
- индивид полностью отказался или сократил объем важной социальной, профессиональной и рекреационной деятельности, в которой участвовал прежде.

- Употребление препарата продолжается вопреки осведомленности о наличии стойкого или рекуррентного физического или психологического нарушения, которое наверняка было вызвано или усилено приемом этого препарата.

Расстройство, вызванное злоупотреблением химическими веществами

Это дезадаптивный паттерн употребления химических веществ, ведущий к клинически значимому нарушению или дистрессу, когда в то или иное время на протяжении последних 12 месяцев имеет место как минимум одна из следующих проблем.

- Рекуррентное употребление химического вещества, которое стало препятствовать выполнению каких-либо важных ролевых обязанностей на работе, в учебе или в быту.
- Рекуррентное употребление вещества в ситуациях, когда это представляет физическую опасность.
- Возникновение проблем юридического порядка в связи с употреблением вещества.
- Дальнейшее употребление химического препарата, несмотря на наличие постоянных или рекуррентных социальных или межличностных проблем, вызванных или усугубленных воздействием данного вещества.
- У индивида нет симптомов нарушений, удовлетворяющих критериям химической зависимости от вещества данного класса.

Источник: извлечено из American Psychiatric Association, 1994.

функционированием. Аналогичным образом, термин «алкоголизм» обозначает алкогольную зависимость, которая серьезно мешает приспособлению в жизни.

Распространенность, коморбидность и демографическая статистика алкоголизма

Алкоголизм — крупная проблема для Соединенных Штатов. В большом эпидемиологическом исследовании, предпринятом Национальным институтом психического здоровья, было обнаружено, что распространенность алкоголизма в США составляет 13,4%. Критериям злоупотребления алкоголем удовлетворяет каждый седьмой человек (Grant, 1997).

Для индивида, его близких и общества существует огромное количество потенциально пагубных последствий, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя. Тяжелое пьянство сопровождается повышенным риском различного рода травм (Shepherd & Brickley, 1996). Продолжительность жизни алкоголика в среднем на 12 лет короче, чем у среднестатистического гражданина, и в настоящее время алкоголь считается третьей главной причиной всех смертей в Соединенных Штатах после ишемической болезни и рака. Алкоголь значительно ухудшает выполнение задач на когнитивные способности, например решение проблем, и чем сложнее задача, тем бóльшим оказывается нарушение (Pickworth, Rohrer & Fant, 1997). У многих алкоголиков развиваются органические нарушения, включая атрофию головного мозга (Errico, Parsons & King, 1991; Lishman, Jacobson & Acker, 1987), что чаще наблюдается у *запойных пьяниц*, людей, которые чередуют периоды злоупотребления алкоголем с периодами трезвости (Hunt, 1993).

Более 37% людей, злоупотребляющих алкоголем, страдают как минимум еще одним сопутствующим психическим расстройством (Rovner, 1990). Среди психических расстройств, коморбидных с алкоголизмом, видное место занимает депрессия, поскольку алкоголь является депрессантом (Kranzler, Del Boca & Rounsaville, 1997). Около 10% алкоголиков совершают самоубийство (Miles, 1977), а у 18% в анамнезе имеются суицидные попытки (Black et al., 1986).



В США свыше половины ежегодных смертей и тяжелых травм, полученных в результате дорожно-транспортных аварий, связаны со злоупотреблением алкоголем.

Помимо серьезных проблем, возникающих у самих алкоголиков, они создают трудности и для окружающих (Gortner et al., 1997). Со злоупотреблением алкоголем связано свыше половины ежегодных смертей и тяжелых травм, полученных в результате дорожно-транспортных аварий (Brewer, Morris et al., 1994), и около 50% всех убийств (Bennett & Lehman, 1996), 40% всех покушений на личность, свыше 50% всех изнасилований (Seto & Barbaree, 1995) и 30% всех самоубийств. Примерно каждый третий арест в США связан со злоупотреблением алкоголем. У преступников, совершающих насилие, проблемы с алкоголем встречаются чаще, чем в среднем по стране (Martin, 1992). В своем обзоре эпизодов насилия в Норвегии, связанных со злоупотреблением алкоголя, Россоу (Rossow, 1996) сообщил, что 3% взрослых из общей популяционной выборки упоминали о своем участии в драках под действием алкогольной интоксикации. Прежде всего, это были молодые люди, которые часто выпивали и посещали питейные заведения. Интересно, что в ходе изучения связи между злоупотреблением алкоголем и преступлениями против личности в США, Доукинс (Dawkins, 1997) обнаружил, что эти преступления чаще связаны с приемом алкоголя, нежели с применением других наркотиков, например марихуаны.

В США алкоголизм не имеет границ, включая возрастные, образовательные, профессиональные и социально-экономические. Он считается серьезной проблемой в промышленности, различных профессиях и армии; алкоголизм существует среди таких, казалось бы, маловероятных кандидатов, как священники, летчики, политики, хирурги, сотрудники органов правопорядка и тинейджеры. Например, при опросе свыше 70 000 пилотов выяснилось, что у тех, кого ранее обвиняли в управлении в нетрезвом виде, больше риска в создании аварийной ситуации (McFadden, 1997). Некогда распространенный образ алкоголика как опустившегося обитателя «дна», явно не соответствует реальному положению дел. Другие мифы, связанные с алкоголизмом, представлены в табл. 10.1.

Большинство пьяниц — мужчины; их число в 5 раз превышает количество пьяниц-женщин (Helzer et al., 1990). Значимых различий в частоте злоупотребления алкоголем между черными и белыми американцами не прослеживается. Кроме того, пьянство может развиться на любом этапе жизни, начиная с раннего детства и заканчивая глубокой старостью. По данным одного исследования, среди учащихся средней школы 64,9% умеренно употребляют алкоголь, а 18,8% злоупотребляют им (Mann, Chassin & Sher, 1987). Алкоголизм реже развивается у лиц, состоящих в браке, имеющих более высокое образование, а также людей старшего возраста (Helzer et al., 1991). При обзоре частоты встречаемости алкоголизма среди различных народов Северной Америки и Азии была выявлена ее вариабельность для различных культур (Caetano et al., 1988).

Течение алкоголизма может быть «изменчивым и непостоянным». В ходе недавнего опроса выяснилось, что некоторые алкоголики проходят через длительные периоды воздержания. Из 600 респондентов, принявших участие в исследовании (у большинства из них была алкогольная зависимость), свыше половины (56%) сообщили о трехмесячных периодах отказа от алкоголя, а 16% — о пятилетнем воздержании (Schukit, Tipp, Smith & Buckholz, 1997). Важно помнить, что течение алкоголизма может включать в себя периоды обострения и ремиссии.

Таблица 10.1

Некоторые распространенные заблуждения относительно алкоголя и алкоголизма

Вымысел	**Факт**
Алкоголь — стимулятор	Алкоголь одновременно и стимулятор и депрессант нервной системы
Вы всегда можете определить по запаху, выпивал человек или нет	Присутствие алкоголя не всегда удается распознать. Некоторые индивиды годами успешно скрывают свое употребление алкоголя
В одной унции 86-градусного спирта содержится больше алкоголя, чем в двух банках пива емкостью 12 унций	На самом деле в двух банках пива по 12 унций алкоголя содержится больше, чем в одной унции спирта
Алкоголь улучшает сон	Алкоголь способен нарушать сон
Рассудок не страдает до появления явных признаков интоксикации	В действительности рассудок может страдать задолго до видимых двигательных проявлений интоксикации
Интоксикация будет сильнее, если смешивать напитки, чем если выпить сопоставимое количество какого-то одного напитка, например бурбона, скотча или водки	На самом деле интоксикация определяется фактической концентрацией алкоголя в крови, а не смесью напитков
Несколько чашек кофе способны ослабить воздействие алкоголя так, что выпивший человек «протрезвеет»	Кофе не влияет на степень интоксикации
Гимнастика или холодный душ помогают ускорить метаболизм алкоголя в организме	Гимнастика и холодный душ здесь бесполезны, поскольку не ускоряют метаболизм алкоголя в организме
Люди с «сильной волей» не станут алкоголиками	Алкоголь притягателен и способен сломить сопротивление даже «самого волевого» человека
Алкоголь не приводит к подлинной зависимости, подобной той, что развивается при употреблении героина	Алкоголь обладает сильными аддиктивными свойствами
Нельзя стать алкоголиком, если пить только пиво	В пиве содержится значительное количество алкоголя. Станет ли человек алкоголиком, определяется не характером напитка, а количеством алкоголя
Алкоголь менее опасен, чем марихуана	В программах лечения алкоголизма участвует значительно больше людей, чем в программах лечения от злоупотребления марихуаной
При значительном потреблении алкоголя поражение печени проявляется задолго до проявления мозговой патологии	Серьезное злоупотребление алкоголем может вызвать патологию мозга до того, как будет обнаружено поражение печени
Героиновая абстиненция в физиологическом смысле опаснее алкогольной	Физиологические симптомы, сопровождающие отмену героина, пугают и травмируют не больше, чем отмена алкоголя. Отказ от алкоголя потенциально может быть более гибельным, чем отмена опиатов
Пьют все	В США 28% мужчин и 50% женщин не употребляют алкоголь

Клиническая картина при злоупотреблении алкоголем и алкогольной зависимости

В I веке до нашей эры римский поэт Гораций писал об эффектах вина: «Тайны раскроет, сбыться надеждам велит, даже труса толкает в сраженье, души от гнева, тревог избавляет и учит искусствам»[1]. К сожалению, воздействие вина не всегда столь приятно и полезно. Японская пословица гласит: «Сначала человек пьет вино, потом вино пьет вино, а после вино пьет человека».

Воздействие алкоголя на головной мозг

Алкоголь оказывает сложное и противоречивое воздействие на мозг. В малых дозах алкоголь стимулирует некоторые мозговые клетки и активирует мозговые «центры наслаждения», которые высвобождают эндогенные опиаты (Braun, 1996; Van Ree, 1996). В больших дозах он ингибирует синтез одного из возбуждающих нейромедиаторов — глютамата. Недостаток глютамата снижает мозговую активность, что, в свою очередь, нарушает способность организма к научению и поражает когнитивную функцию мозга, пагубно сказываясь на аналитических и других мыслительных процессах, а также ослабляя самоконтроль. В дальнейшем нарушается координация движений и притупляется восприятие холода, боли и других неприятных ощущений. Человек, принявший алкоголь, обычно ощущает тепло, становится экспансивным и чувствует себя замечательно. В таком настроении неприятные реалии оттесняются на задний план, а самоуважение и ощущение собственной состоятельности возрастают. Случайные знакомые могут казаться лучшими и самыми понимающими друзьями. Пьяный человек вступает в нереальный приятный мир, в котором все тревоги временно отступают. В недавнем исследовании, выполненном Сайеттом (Sayette, 1994), описан любопытный факт: когда люди, находящиеся в состоянии интоксикации, описывают самих себя, они больше сглаживают свои негативные черты, чем трезвый человек. Это означает, что, рассказывая о себе и стремясь защитить себя, они реже касаются негативных тем.

Человека считают находящимся в состоянии опьянения и, по крайней мере, в таком состоянии нельзя садиться за руль, если содержание алкоголя в крови достигает 0,10% (в некоторых штатах — 0,08%). При этом нарушается мышечная координация, речь, зрение, а мыслительные процессы становятся беспорядочными. Однако еще до наступления столь выраженной интоксикации рассудок повреждается настолько, что человек неправильно оценивает собственное состояние. Например, пьяным свойственно выражать уверенность в своей способности спокойно вести машину, в то время как его действия уже давно небезопасны. Когда концентрация алкоголя в крови достигает 0,5% (хотя возможны некоторые индивидуальные колебания), нервная система приходит в состояние полного дисбаланса, и человек отключается. Потеря сознания явно оказывается предохранительным механизмом, так как концентрация алкоголя свыше 0,55% обычно приводит к летальному исходу (табл. 10.2).

Интоксикация определяется не количеством выпитого, а фактической концентрацией алкоголя в жидкостях организма. Действие алкоголя различается в зависимости от физического состояния человека, количества пищи в желудке и време-

[1] Перевод Н. С. Гинцбурга. — *Прим. перев.*

ни, на протяжении которого он употреблялся. Кроме того, у пьющих людей со временем может развиться толерантность к наркотику и для достижения желаемого эффекта им нужно все большее и большее его количество. Женщины перерабатывают алкоголь менее эффективно, чем мужчины, и потому интоксикация наступает у них на фоне приема меньших его доз (Gordis et al., 1995). Важны и установки пьющих: несмотря на то что фактические двигательные и умственные способности снижаются у них прямо пропорционально концентрации алкоголя в крови, многие люди, сознательно прилагая усилия, способны сохранять контроль над своим поведением, выказывая мало внешних признаков интоксикации даже после употребления значительного его количества.

Непосредственные пути воздействия алкоголя на мозг еще изучаются, но некоторые физиологические эффекты известны. Первый эффект — тенденция к сексуальной активности, которая, однако, сопровождается снижением качества полового акта. В пьесе «Макбет» Шекспир писал, что алкоголь «только и делает, что с распутством душой кривит: возбудит и обессилит, разожжет и погасит, раздразнит и обманет, поднимет, а стоять не даст»[1]. Кроме того, у значительной части пьющих людей

Таблица 10.2

Содержание алкоголя в крови в течение одного часа после его приема на пустой желудок мужчиной весом в 150 фунтов

Эффекты	Время действия на организм, ч	Концентрация в крови, %	Количество выпитого алкоголя
Слегка измененные ощущения	1	0,025	1 коктейль (1,5 унции виски), *или* 5,5 унции ординарного вина, *или* 1 бутылка пива (12 унций)
Ощущение тепла, психической расслабленности	2	0,05	2 коктейля, *или* 11 унций ординарного вина, *или* 2 бутылки пива
Усиление эмоций, появление болтливости, громкой речи или угрюмости	4	0,07	3 коктейля, *или* 16,5 унции ординарного вина, *или* 4 бутылки пива
Неуклюжесть, неустойчивость при стоянии или ходьбе	6	0,1	4 коктейля, *или* 22 унции ординарного вина, *или* 6 бутылок пива
Тяжелая интоксикация	10	0,15	6 коктейлей, *или* 27,5 унции ординарного вина, *или* 0,5 пинты виски
Калории			
4 унции вина	100		
12 унций пива	150		
1 унция виски	70		

Примечание. Количество алкоголя в крови после приема варьирует в зависимости от веса индивида, его пола и срока, в течение которого был употреблен алкоголь.

Источник: Bellerson, 1997; Ray & Ksir, 1995.

[1] Перевод Ю. Корнеева – *Прим. перев.*

возникают провалы в памяти. Сначала они происходят на фоне высокой концентрации алкоголя в крови, и пьяный человек может вести связную беседу или заниматься относительно сложной деятельностью, однако на другой день он ничего не помнит. У лиц, сильно злоупотребляющих алкоголем, даже умеренный его прием может вызвать провалы в памяти. Еще один феномен, связанный с алкогольной интоксикацией, — похмелье, которое в то или иное время переживают многие пьющие. До сих пор нет удовлетворительного объяснения причин возникновения характерных для похмелья головной боли, тошноты, слабости, а также средств от этих явлений.

Развитие алкогольной зависимости

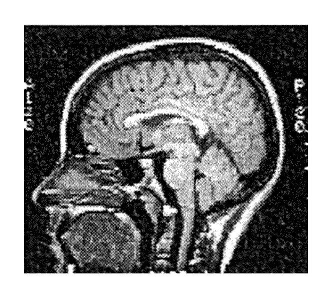
Неумеренность в питье может прогрессировать, приводя к формированию начальной, средней и поздней стадии алкоголизма, хотя наличие этих стадий наблюдается не у всех алкоголиков. В табл. 10.3 представлены некоторые ранние предупреждающие признаки чрезмерного употребления алкоголя.

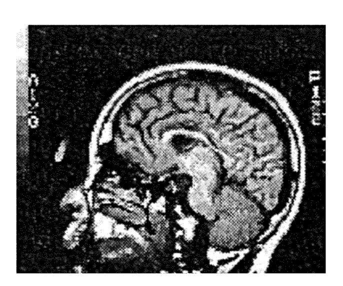
Таблица 10.3

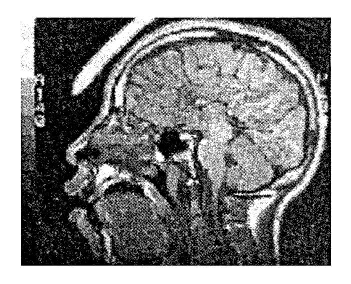
Ранние предупреждающие признаки проблемного пьянства

1. *Частое желание* — усиление желания выпить, о чем свидетельствует нетерпеливое предвкушение выпивки после работы и пристальное внимание к пополнению ресурсов.
2. *Повышенное потребление* — повышение, которое кажется постепенным, но с каждым месяцем индивид выпивает все больше и больше. На данном этапе у него может возникнуть беспокойство в связи с этим, и он начинает скрывать количество реально выпитого.
3. *Экстремальное поведение* — совершение разнообразных действий, из-за которых человек испытывает чувство вины и стыда на следующий день.
4. *«Провалы в памяти»* — неспособность вспомнить события, происходившие в период запоя.
5. *Утреннее пьянство* — либо как средство избавиться от похмелья, либо как способ «взбодриться» перед началом дня.

Хотя многие исследователи настаивают, что алкоголь даже в малых дозах опасен для организма, другие считают, что в умеренных количествах он безвреден для большинства людей. В некоторых исследованиях было даже показано, что красное вино в малых дозах может выступать фактором, препятствующим развитию







МРТ-снимки троих детей: (слева) мозг нормальной 13-летней девочки из контрольной группы; (в центре) алкогольный синдром плода, фокальное истончение мозолистого тела у 13-летнего мальчика; (справа) алкогольный синдром плода, полная агенезия мозолистого тела у 14-летнего мальчика. Источник: *Mattson, S. N., Jernigan, T. L. & Riley, E. P.* (1994). *MRI and prenatal alcohol exposure. Alcohol health & Research World*, 18(1), 49–52.

ишемической болезни сердца (Brody, 1996). Однако для беременных женщин даже малые дозы алкоголя считаются опасными; для них, как видно из справки 10.2, не установлено никакого безопасного уровня его потребления.

Фотографии (см. выше) демонстрируют различия между мозгом нормального тинейджера и тех, которые родились с алкогольным синдромом плода, состоянием, которое вызывается избыточным употреблением алкоголя во время беременности и приводит к врожденной патологии, например к умственной отсталости.

Физиологические последствия хронического употребления алкоголя

У пьющих индивидов клиническая картина расстройства весьма неблагоприятна. Алкоголь, попадающий внутрь, усваивается организмом за исключением примерно 5–10%, которые выводятся с потом, мочой и выдыхаемым воздухом. Процесс ассимиляции протекает в печени, однако при употреблении больших доз алкоголя нагрузка на нее может значительно возрастать, что приводит к необратимым изменениям. Фактически, у 15–30% сильно пьющих людей развивается цирроз печени — заболевание, связанное с множественным уплотнением кровеносных сосудов. Около 40–90% из ежегодных 26 000 смертей, вызванных циррозом печени, связаны с употреблением алкоголя (DuFour, Stinson & Cases, 1993). Цирроз, вызванный алкоголем, является проблемой и в других странах. Медицинский Совет по проблеме алкоголизма в Англии (*Medical Council on alcoholism*, 1997) доложил недавно о росте случаев патологии печени в Англии и Уэльсе, особенно среди женщин.

СПРАВКА 10.2

Алкогольный синдром плода: что такое «слишком много»?

Из результатов исследований следует, что тяжелое пьянство будущих матерей может повредить здоровью еще не родившихся младенцев. У новорожденных, чьи матери много пили во время беременности, часто выявляются физические и поведенческие аномалии (Alison, 1994; см. снимки на с. 623, на которых видна патология мозга у детей, явившаяся результатом алкогольного синдрома плода) или симптомы отмены (Thomas & Riley, 1998). У таких младенцев отмечается, например, задержка в росте, асимметрия лица и конечностей, дисфункция центральной нервной системы (Mattson, Riley et al., 1998; Mattson & Riley, 1998; Short & Hess, 1995). Как отмечено в «Третьем докладе о влиянии алкоголя на здоровье» (HEW, 1978), злоупотребление алкоголем беременными женщинами занимает третье место среди ведущих причин родовой патологии (первые два: синдром Дауна и *spina bifida*; последняя связана с незавершенным формированием и незаращением спинномозгового канала и выступает одной из ведущих причин умственной отсталости (Abel, 1988; Niccols, 1994) и дефицита внимания с гиперактивностью (Nanson & Hiscock, 1990). С алкогольным синдромом плода связано также развитие психических расстройств в зрелом возрасте (Famy, Streissguth, & Unis, 1998). Хотя сведения об алкогольном синдроме плода часто оказываются труднодоступными, его частота колеблется от 1–3 случаев на 1000 новорожденных (Abel, 1990) до 25 случаев на 1000 у женщин, страдающих хроническим алкоголизмом (Abel, 1988). Лабораторные опыты на животных подтвердили разрушительность воздействия ал-

Кроме того, алкоголь еще и высококалорийный наркотик. В пинте виски, которой достаточно для приготовления 8–10 обычных коктейлей, содержится около 1200 калорий, что приблизительно равняется половине дневной их нормы (Flier, Underhill & Lieber, 1995). Поэтому употребление алкоголя снижает у пьющего потребность в другой пище. Так как алкоголь не представляет никакой питательной ценности, сильно пьющие люди часто страдают от недостаточного питания (Derr & Gutman, 1994). Пьянство нарушает способность организма усваивать питательные вещества, и их недостаток нельзя восполнить поглощением витаминов. Алкоголики также часто страдают гастро-интестинальной симптоматикой, например болями в желудке (Fields et al., 1994).

Психосоциальные последствия злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости

Помимо разнообразных физиологических проблем, сильно пьющий человек обычно страдает от хронической усталости, гиперсензитивности и депрессии. Сначала кажется, что алкоголь способствует преодолению стресса, особенно сильного, помогая отодвинуть на задний план тяжелую реальность и усилить чувство собственной состоятельности и значимости. Однако чрезмерное употребление алкоголя оказывает обратное действие, приводя к снижению этих чувств, нарушению критики и рассудочной деятельности и постепенной деградации личности. Поведение становится грубым и неподобающим; человек берет на себя все меньшую ответ-

коголя на внутриутробное развитие (Hannigan, 1996). Интересно, что почти все случаи алкогольного синдрома плода имеют место в США, но не в других странах, где алкоголя потребляют больше. Феномен алкогольного синдрома плода был назван «американским парадоксом» (Abel, 1998) и, по мнению исследователей, тесно связан с социоэкономическими условиями.

Какие дозы алкоголя опасны для здоровья новорожденного? В докладе *HEW* содержится предостережение от приема алкоголя в количествах, превышающих 1 унцию спирта в день или ее эквивалент (например, одну банку пива в 12 унций или один стакан вина в 5 унций). Фактическое количество алкоголя, допустимое для приема во время беременности, неизвестно, но ясно, что данные, полученные в отношении синдрома «пьяного зачатия», больше всего касаются сильно пьющих людей, чем тех, кто пьет мало или умеренно (Kolata, 1981b). Тем не менее главный хирург *Surgeon General* и многие медицинские эксперты сошлись во мнении, что беременным женщинам лучше полностью воздерживаться от алкоголя, пока не будет установлено, в каких количествах он для них безопасен (Raskin, 1993).

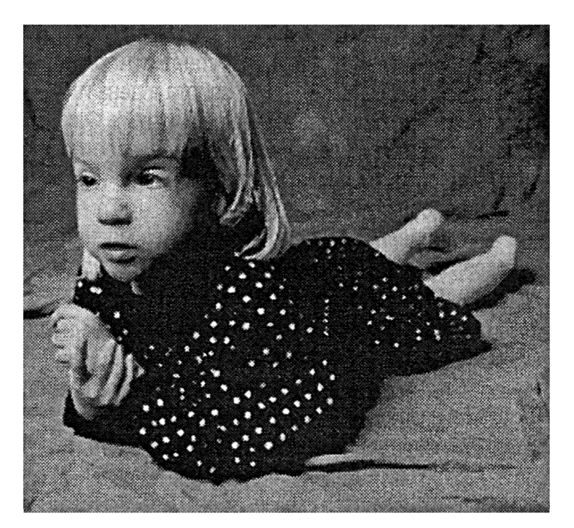
К сожалению, лечебные мероприятия разрабатывались для мужчин, отчасти потому, что у них чаще возникают проблемы, связанные со злоупотреблением химическими веществами. Однако ввиду роста числа женщин, включая беременных, которые злоупотребляют алкоголем, назрела необходимость в оказании лечебных услуг будущим матерям и их младенцам. Необходимо разработать программы, способные помочь беременным женщинам и защитить их детей (Finkelstein, 1993).

ственность за свои поступки, перестает следить за собой, пренебрегает семейной и супружеской жизнью, делается вспыльчивым и раздражительным, не желая обсуждать назревшую проблему. Сильно пьющий человек может перестать справляться с работой и потерять способность решать возникающие проблемы. Общий распад и деградация личности могут привести к потере работы и расторжению брака. К этому времени общее состояние здоровья пьющего человека уже подорвано и может иметь место поражение мозга и печени. По некоторым данным, например, диффузные органические изменения могут накапливаться в мозгу алкоголика даже без выраженной органической симптоматики (Lishman, 1990). Как обсуждается в главе 13, рядом исследователей была установлена связь между чрезмерным употреблением алкоголя и ростом числа неврологических дефектов в дальнейшей жизни (Parsons, 1998).

Алкогольные психозы

Ряд острых психотических реакций удовлетворяет классификации, предусмотренной для диагностики химически обусловленных расстройств. Эти реакции могут развиваться у людей, которые много пили в течение продолжительного периода времени или обладающих пониженной толерантностью к алкоголю, вызванной теми или иными причинами, например мозговой травмой. Такие острые реакции, как правило, длятся недолго и проявляются обычно в спутанности сознания, возбуждении и делирии. Некоторые данные позволяют предположить, что развитие делирия может быть связано с пониженным содержанием тиамина при алкоголизме (Holzbeck, 1996). Эти расстройства часто называются алкогольными психозами, поскольку они отмечены временной утратой контакта с реальностью. Мы кратко опишем две общепризнанные психотические реакции.

У лиц, длительно и много пьющих, может развиться реакция, известная как *делирий, вызванный алкогольной абстиненцией* (ранее называвшийся *delirium tremens*). Эта реакция обычно наступает в состоянии абстиненции после длительного запоя. Слабые звуки или внезапно возникающие объекты могут порождать значительные возбуждение и ажитацию. Развернутая картина включает в себя: 1) дезориентацию во времени и месте, когда индивид способен, например, принять больницу за церковь или тюрьму, не узнает друзей или считает медицинских работников сво-



Последствия алкогольного синдрома плода бывают одновременно трагическими и стойкими. У этого ребенка наблюдается ряд стойких физических аномалий, характерных для данного синдрома: широко посаженные глаза, короткий широкий нос, недоразвившаяся верхняя губа и скошенный подбородок.

ими старыми знакомыми; 2) яркие галлюцинации обычно в виде мелких, подвижных животных вроде змей, крыс и тараканов, которые четко локализованы в пространстве; 3) острый страх, на фоне которого эти животные устрашающим образом меняют свою форму, размеры или окраску; 4) крайнюю внушаемость, когда человека можно заставить увидеть почти любое животное; 5) выраженный тремор кистей рук, языка и губ; и 6) другие симптомы, включая потоотделение, озноб, учащенное и слабое сердцебиение, обложенный язык и отвратительный запах изо рта.

Обычно делирий длится от трех до шести дней, после чего, как правило, наступает глубокий сон. Когда индивид просыпается, симптомов, кроме, быть может, слабого раскаяния, остается немного, но он до того напуган, что может не прикасаться к спиртному неделями или месяцами. Вместе с тем употребление спиртного в конце концов возобновляется, после чего индивид вновь попадает в больницу с очередным приступом. Летальность при делирии, вызванном алкогольной абстиненцией и осложненном судорогами, остановкой сердца и прочими состояниями, в свое время приближалась к 10% (Tavel, 1962). Однако с появлением таких препаратов, как хлордиазепоксид, летальность при делирии, вызванном абстиненцией, а также при острой алкогольной абстиненции заметно снизилась.

Вторым алкогольным психозом является расстройство, которое называется *алкогольным амнестическим расстройством* (ранее известное как *синдром Корсакова*). Это состояние, впервые описанное русским психиатром Корсаковым в 1887 году, — одно из тяжелейших расстройств на почве алкоголизма (Oscar-Bergman, Shagrin, Evert & Epstein, 1997). Его самый яркий симптом — нарушение памяти (особенно на недавние события), которое иногда сопровождается фальсификацией фактов (конфабуляциями). Люди, страдающие этим расстройством, не узнают фотографии, лица, помещения и другие объекты, которые только что видели, хотя могут чувствовать, что эти люди или предметы им знакомы. Такие индивиды часто заполняют провалы в памяти псевдореминисценциями и выдумками, которые ведут к бессвязным и искаженным ассоциациям. Они могут казаться находящимися в состоянии делирия, бредящими и дезориентированными во времени и месте. Однако спутанность их мышления и беспорядочность поступков, как правило, тесно связаны с попыткой заполнить пробелы в памяти. Само по себе нарушение памяти представляется связанным с неспособностью к установлению новых связей, которое сделало бы их легко восстановимыми. Подобная реакция обычно развивается у алкоголиков после многолетнего пьянства. У этих больных были отмечены и другие когнитивные нарушения, например неспособность к планированию (Joyce & Robbins, 1991) и снижение интеллекта. Исследования с применением методов сканирования мозга показали наличие корковых повреждений у больных с алкогольными амнестическими расстройствами (Jernigan et al., 1991; Kopelman, 1991).

Разбор случая: 48-летний бездомный ветеран с алкогольным амнестическим расстройством. Полиция доставила Аверилла Б. в дезинтоксикационное отделение местной больницы после инцидента в городском парке, полном людей. Его задержали за оскорбительные действия в общественном месте (он бродил среди загоравших отдыхающих, что-то бормоча себе под нос и огрызаясь на них). При поступлении Аверилл был дезориентирован (не знал, где находится), говорил бессвязно и путано. На вопрос, как его зовут, он немного подумал и ответил: «Джордж Вашингтон». Когда его спросили, что он делал в парке, объяснил, что «маршировал на параде в его честь».

В настоящее время считается, что симптоматика алкогольного амнестического расстройства связана с недостатком витамина B_1 (тиамина) и неполноценностью диеты. Ранее считалось, что диета, богатая витаминами и минералами, способна привести больного в нормальное физическое и психическое состояние, однако последние данные говорят об обратном. Лишман (Lishman, 1990) сообщил, что алкогольное амнестическое расстройство плохо поддается терапии тиамином. По-видимому, функционирование памяти в какой-то мере удается восстановить пролонгированной абстиненцией. Однако некоторая деградация личности все-таки остается: наблюдается нарушение памяти, снижение умственных способностей и морально-этических стандартов.

Биологические факторы при злоупотреблении и зависимости алкогольного и иного характера

В попытках установить причины алкогольной зависимости некоторые исследователи подчеркивали роль генетических и биохимических факторов; другие указывали на психосоциальные факторы, рассматривая пьянство как дезадаптивный паттерн приспособления к жизненным стрессам; третьи уделяли особое внимание социокультурным факторам, таким как доступность алкоголя и социальное поощрение чрезмерного питья. Как и для большинства других форм дезадаптивного поведения, в данном случае может быть несколько типов алкогольной зависимости, каждый из которых связан с различными биологическими, психосоциальными и социокультурными причинами.

Каким же образом вещества типа алкоголя, кокаина или опиума (рассматриваемые ниже) оказывают столь мощное воздействие, порождая порой непреодолимую тягу уже после нескольких приемов наркотика? Несмотря на то что среди специалистов, занимающихся этим вопросом, пока еще нет единого мнения о конкретных механизмах, участие двух важных факторов видится несомненным. Первым является способность некоторых наркотиков активизировать участки мозга, ответственные за естественное наслаждение и мгновенное, действенное вознаграждение. Под вторым фактором понимаются биологические особенности индивида, к которым относятся как генетическая наследственность, так и влияния окружающей среды (факторы научения), усиливающие потребность в поиске все новых и новых веществ, изменяющих сознание. Развитие пристрастия к алкоголю представляет собой сложный процесс, подразумевающий многие элементы — уязвимость и влияние окружающей среды, а также уникальные биохимические свойства отдельных психоактивных веществ. Роль, которую играет каждая из этих составляющих в процессе формирования пристрастия, до сих пор не удалось выяснить до конца (эти роли могут в чем-то отличаться для каждого отдельного человека); однако все они значительным образом способствуют этому пристрастию (Kalint, 1989; Liebman & Cooper, 1989; Office of technological assessment, 1993; Sandback, Murison et al., 1998). Давайте изучим каждую из этих составляющих подробнее.

Нейробиология аддикции

Сначала рассмотрим роль, которую такие наркотики, как алкоголь, играют в процессе формирования пристрастия. Наркотики различаются по биохимическим свойствам, а также скоростью проникновения в мозг. Алкоголь обычно употребляется в виде

напитков, а это самый медленный путь такого проникновения, тогда как кокаин предпочитают вдыхать или вводят в инъекциях. Главная роль в нейрохимическом процессе, лежащем в основе пристрастия, принадлежит активизации веществом «проводников наслаждения». **Мезокортиколимбический допаминовый проводящий путь (МКЛП)** является точкой приложения наркотического воздействия на мозг. МКЛП состоит из аксонов нервных клеток, расположенных в среднем мозге, в зоне, известной как вентральная область покрышки (рис. 10.1) и соединяющейся с другими мозговыми центрами, например с *nucleus accumbens* и, далее, с фронтальной корой.

Эта нейрональная система участвует в таких функциях, как контроль над эмоциями, память и получение удовлетворения. Алкоголь способствует получению удовольствия в том смысле, что стимулирует эту область мозга, вызывая эйфорию. Исследования показали, что непосредственная электрическая стимуляция МКЛП приносит огромное наслаждение и обладает мощными подкрепляющими свойствами (Liebman & Cooper, 1989). Психоактивные наркотики воздействуют через изменение нормального функционирования мозга и активацию проводников наслаждения. Наркотики, активирующие мозговую систему вознаграждения, осуществляют подкрепление и, таким образом, поощряют их дальнейшее употребление. Под воздействием наркотиков нейрохимическая структура мозга изменяется, что приводит к ряду поведенческих эффектов. Если прием наркотика продолжается, то развиваются нейроадаптация, или толерантность, а также зависимость (рис. 10 1).

Тяга и генетическая предрасположенность

Возможность генетической предрасположенности к развитию нарушений, обусловленных злоупотреблением алкоголем, послужила предметом широких исследований. Алкоголизм наглядным образом прослеживается в семьях (Dawson, Harford & Grant, 1992). Результаты обзора 39 исследований с участием семей, состоящих из 6251 алкоголиков и 4083 неалкоголиков и наблюдавшихся в течение 40 лет, показали, что как минимум у одной трети алкоголиков проблемы с алкоголем имелись хотя бы у одного из их родителей (Cotton, 1979). В аналогичном исследовании с участием детей алкоголиков, предпринятом Клонингер с коллегами (Cloninger,

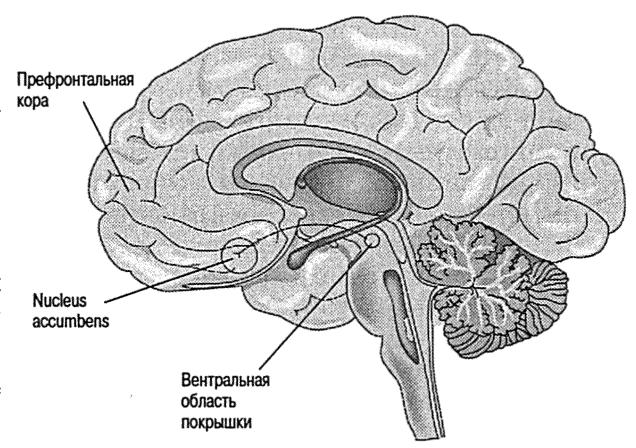


Рис. 10.1. Мезокортиколимбический проводящий путь
Мезокортиколимбический проводящий путь (МКЛП) берет начало в вентральной области покрышки; далее он направляется к *nucleus accumbens*, откуда следует к фронтальной коре. МКЛП играет главную роль в высвобождении нейротрансмиттера допамина и опосредовании вознаграждающих свойств наркотика (Office of technological assessment, 1993).

1986), были получены убедительные доказательства существования наследственных факторов алкоголизма. Они обнаружили, что при наличии одного родителя-алкоголика частота алкоголизма среди мужчин повышается с 11,4 до 29,5%. В случае когда алкоголизмом страдают оба родителя, эта цифра достигает 41,2%. Среди женщин, чьи родители не были алкоголиками, уровень пристрастившихся к алкоголю составил 5,0%; если один из родителей страдал алкоголизмом, то данная цифра равнялась 9,5%, а если оба — 25,0%.

Изучение алкоголизма в значительной мере опиралось на работу с больными, госпитализированными в связи с проблемами, связанными с алкоголем. Поэтому нередко бывает трудно установить, какие исследуемые симптомы и паттерны поведения существовали до того, как индивид стал «алкоголиком», а какие можно считать результатом многолетнего злоупотребления алкоголем. Интересной проблемой для исследователей, занятых поисками факторов, способствующих развитию алкоголизма и злоупотреблению химическими веществами вообще, оказываются способы, которыми можно определить, предшествовало ли изучаемое поведение злоупотреблению или является его следствием. Один из подходов к выявлению предпосылок к алкоголизму — изучение индивидов, которые входят в группу повышенного риска, но еще не отравлены алкоголем.

Человек с повышенным риском развития алкоголизма (обычно из семьи алкоголиков) обладает врожденной предрасположенностью к злоупотреблению алкоголем, импульсивностью, склонностью к отчаянному риску, эмоциональной неустойчивостью, затруднениями при планировании и организации своих действий, проблемами с прогнозированием последствий своих поступков, целым рядом психологических проблем, представлением о положительном воздействии алкоголя в периоды стресса, отсутствием похмелья и оценкой алкоголя как вознаграждения (Finn, 1990).

Исследования показали, что у мужчин (в настоящее время большая часть исследований была посвящена мужчинам, так как они чаще страдают от этой проблемы), предрасположенных к алкоголизму, имеются физиологические особенности, которые по ряду показателей отличаются от тех, какие существуют у не-алкоголиков. У первых алкоголь лучше снимает стресс, чем у последних (Finn & Pihl, 1987; Finn, Sharkansky et al., 1997). Кроме того, электроэнцефалография выявляет у них разные типы альфа-волн (Stewart, Finn, & Pihl, 1990). По данным Эрливайна и Финна (Earlywine & Finn, 1990), у предрасположенных к алкоголизму мужчин наблюдаются более выраженные физиологические реакции, обусловленные действием алкоголя, чем у лиц, для которых вероятность его развития считалась низкой. Из этих результатов следует, что мужчины из группы риска больше предрасположены к развитию толерантности по сравнению с теми, кто не страдает алкоголизмом.

Вклад генетических факторов в развитие алкоголизма был подтвержден группой японских ученых, которые показали, что крысы, лишенные определенного гена (*FYN*), дольше оставались в состоянии алкогольного опьянения, чем нормальные животные (Miyakawa, Yagi et al., 1997). Эти крысы отличались сверхчувствительностью к снотворному эффекту алкоголя. Кроме того, по данным некоторых исследований, отдельные этнические группы, особенно азиаты и коренные американцы, отличаются анормальной реакцией на алкоголь — феномен, именуемый «реакцией алкогольного прилива». Фенна с коллегами (Fenna et al., 1971) и Вольф (Wolff, 1972) открыли, что у

людей азиатского и эскимосского происхождения после приема алкоголя развивается реакция гиперчувствительности, характеризующаяся покраснением кожи, падением артериального давления, учащением сердцебиения и тошнотой. Подобная физиологическая реакция свойственна приблизительно половине всех азиатов (Chen & Yeh, 1997) и связана с мутацией фермента, который катализирует реакцию расщепления молекул спирта в печени (Takeshita et al., 1993). Вместе с тем нельзя не учитывать и влияние культуры (Schaefer, 1978) на сравнительно низкую частоту алкоголизма в азиатских странах (Higuci, Matsushita et al., 1994).

Существуют данные о влиянии генетических факторов на развитие стремления к алкоголю. Опыты на животных показали, что можно вывести линии с очень высокой тягой к алкоголю. Более того: генетическими факторами обусловлена повышенная восприимчивость, или сензитивность, к воздействию наркотиков. Например, малые дозы алкоголя или других аддиктивных веществ могут оказывать большее стимулирующее воздействие на некоторых людей вследствие врожденных особенностей мезокортиколибического допаминового проводящего пути (Liebman & Cooper, 1989). Все более вероятным представляется влияние генетических особенностей на индивидуальную реакцию на психоактивные вещества, подобные алкоголю.

Проблема тем не менее не ограничивается одной генетикой, и роль, которую она играет в развитии алкоголизма, остается неясной. Мы вернемся к этому вопросу в конце главы, в разделе «Неразрешенные проблемы». Влияния наследственности или представления о семейном характере алкоголизма недостаточно, чтобы полностью объяснить стремление человека к алкоголю. Это означает, что передача алкоголизма по наследству не соответствует типам наследования, обнаруженным при других, сугубо генетических расстройствах.

Генетика и научение

Семейные особенности употребления и реакции на алкоголь не ограничиваются только генетической наследственностью. Скорее кажется, что в развитии конституционально обусловленных реакций важную роль играют факторы научения. Наличие биологической уязвимости или генетической предрасположенности к алкоголизму, конечно, не является обязательной причиной для развития расстройства. Для возникновения аддиктивного поведения индивид должен в достаточной мере подвергнуться воздействию алкоголя. В Америке почти все сталкиваются с алкоголем в той или иной мере, в большинстве случаев под давлением круга друзей, по примеру родителей или под влиянием рекламы. Развитие алкоголизма связано с проживанием в среде, которая поощряет как знакомство с алкоголем, так и дальнейшее его употребление. Люди под действием ряда стимулов и в результате научения склоняются к определенному роду поведения. Научение играет важную роль в развитии токсикоманий и асоциального личностного расстройства (см. главу 9). Очевидно, что в нашей социальной среде и обыденной жизни присутствуют многочисленные факторы, подкрепляющие употребление алкоголя. Кроме того, для многих людей само наличие алкоголя нередко бывает достаточной причиной для дальнейшего его приема. Однако исследования показали и то, что такие психоактивные вещества, как алкоголь, обладают *внутренними* свойствами, которые доставляют удовольствия сами по себе — помимо социального влияния и воздействия, способного снизить тревогу и фрустрацию. Как мы видели выше, наркотик

стимулирует мозговые центры наслаждения, так что он самостоятельно создает систему вознаграждения.

Психосоциальные факторы при злоупотреблении алкоголем и алкогольной зависимости

У алкоголиков развивается не только физиологическая, но и сильная психологическая зависимость от алкоголя: они становятся социально зависимыми от наркотика, который помогает им получать удовольствие от социальных ситуаций. Чрезмерное потребление алкоголя оказывает сильное деструктивное воздействие на общее жизненное приспособление индивида, поэтому возникает вопрос о механизмах научения алкогольной зависимости. Ответами могут служить ряд психосоциальных факторов.

Несостоятельность родительского воспитания

Стабильные отношения в семье, воспитание и влияние родителей крайне важны для формирования детей, а эта стабильность часто отсутствует в семьях алкоголиков. Дети, чьи родители являются заядлыми алкоголиками или наркоманами, сами становятся уязвимыми в плане развития токсикоманий и связанных с ними проблем. Переживания и уроки, которые мы усваиваем из общения со значимыми взрослыми в годы раннего детства, неизменно оказывают значительное влияние на нашу дальнейшую жизнь. Злоупотребления родителей влекут за собой употребление наркотиков в раннем подростковом возрасте (Hops et al., 1996). Дети, которые рано знакомятся с негативными ролевыми моделями или переживают иные негативные обстоятельства, потому что взрослые уделяют им мало внимания, позднее часто ошибаются в трудные минуты своей жизни (Vega et al., 1993). Эти формирующие переживания могут оказывать прямое влияние на то, втянется или не втянется подросток в такое дезадаптивное поведение, как злоупотребление алкоголем или наркотиками. Когда дети покидают семью, такие негативные родительские модели могут иметь для них более широкие отрицательные последствия. Например, при изучении образа жизни студентов и его воздействия на здоровье выяснилось, что новички, чьи родители были алкоголиками, считали свои семьи менее здоровыми и имели больше проблем в семейных отношениях, чем дети здоровых родителей (Deming, Chase, & Karesh, 1996).

При анализе негативных социальных факторов, влияющих на употребление алкоголя, Шассен с коллегами (Chassin et al., 1993) представили результаты, показывающие, что злоупотребление алкоголем со стороны родителей сопровождается наркоманией подростков. Они оценили ряд возможных факторов, способных повлиять на знакомство подростков с алкоголем. Ученые обнаружили, что подростковая наркомания находится в прямой связи с навыками родительского воспитания и поведения. Родители-алкоголики реже следят за своими детьми, и отсутствие внимания часто ведет к подростковой аффилиации со сверстниками, употребляющими наркотики. Кроме того, Шассен с коллегами выяснили, что употребление алкоголя подростками связано со стрессом и негативным аффектом (более выраженных в семьях алкоголиков). Они сообщили, что «с родительским алкоголизмом было связано увеличение числа негативных жизненных событий, которые, в свою

очередь, вели к негативному аффекту, контактам со сверстниками-наркоманами и употреблению различных веществ» (p. 16). Недавно Шассен и коллеги (Chassin et al., 1996) сообщили, что, несмотря на выявленную зависимость употребления алкоголя подростками от опыта наблюдения за отцами, стресса и негативных аффектов, вероятно, существует связь и с другими факторами, так как непосредственное влияние отцовского алкоголизма было сильным даже после установления контроля над стрессом и негативным аффектом.

Психологическая уязвимость

Существует ли «алкогольная личность» — тип характера, располагающий индивида к употреблению алкоголя вместо того, чтобы следовать другому защитному паттерну преодоления стресса? Действительно ли некоторым индивидам удается самостоятельно облегчить или уменьшить ощущаемый дискомфорт путем чрезмерного употребления алкоголя? При попытке ответить на этот вопрос исследователи обнаружили, что многие потенциальные алкоголики эмоционально незрелы, слишком многого ждут от мира, при неудачах обижаются и чувствуют собственную неполноценность, обладают низкой толерантностью к фрустрации, а также оказываются неспособными к выполнению ожидаемых мужских или женских ролей. Лица, входящие в группу высокого риска к алкоголизму, значительно импульсивнее и агрессивнее представителей группы малого риска (Morey, Skinner, & Blashfield, 1984).

В последние годы значительное число исследований было направлено на изучение сходства между расстройствами, связанными со злоупотреблением алкоголем, и асоциальным расстройством личности, депрессией и шизофренией. Примерно у половины лиц, страдающих шизофренией, наблюдается также алкогольная или наркотическая зависимость (Kosten, 1997). Существует прочная связь между асоциальной личностью и злоупотреблением алкоголем (Harford & Parker, 1994; Kwapil, 1996). Хотя эти понятия не совпадают полностью, непонятно, какое из них является (если является) причиной другого (Carroll, Ball & Rounsaville, 1993). Люди с асоциальным расстройством личности часто злоупотребляют алкоголем (Clark, Watson & Reynolds, 1995). При обзоре восьми лечебных антиалкогольных программ Морганстерн, Лангенбухер и их коллеги (Morganstern, Langenbucher et al., 1997) обнаружили личностные расстройства у 57,9% субъектов, из которых 22,7% удовлетворяли критериям для асоциального расстройства личности.



Бывает, что избыточное употребление алкоголя ведет к депрессии или депрессивный индивид начинает злоупотреблять алкоголем.

Несмотря на то что такие факты помогают уяснить причины алкоголизма, роль отдельных личностных особенностей в развитии данного расстройства оценить нелегко. Разумеется, многие люди с похожими личностными характеристиками не становятся алкоголиками, тогда как другие, с иными личностными чертами, ими становятся. Единственная особенность, которая кажется общей в анамнезе большинства пьющих людей, — неадекватное личностное приспособление, однако большинство людей с неадекватной приспособляемостью не превращается в алкоголиков. Такая особенность личности может быть как причиной, так и следствием возникновения алкогольной зависимости. Например, избыточное употребление алкоголя может вести к депрессии или же депрессивный индивид может начать им злоупотреблять.

Двумя психопатологическими состояниями, которые чаще всего связывают с аддиктивными расстройствами, являются депрессия (Kranzler et al., 1997) и асоциальная личность (Cadoret et al., 1985; Rounsaville, Kranzler et al., 1998). В 75–80% исследований установлена сильная связь асоциальной личности (глава 9) как с аддиктивными расстройствами (Alerman, 1988), так и с расстройством поведения (Slutsky, Heath et al., 1998). Однако выявлена связь и с другими психопатологическими состояниями, например с шизофренией (Buckley et al., 1994); пограничным расстройством личности (Miller et al., 1993b); тревожными расстройствами (Deas-Nesmith, Brady, & Campbell, 1998) и биполярным расстройством (Mason & Ownby, 1998).

В ряде исследований высказывалось предположение о наличии связи между депрессивными расстройствами и алкоголизмом, причем эта связь может иметь гендерные различия. Установлено, что у женщин существует более прочная зависимость между депрессией и тягой к алкоголю (Moscato, Russell et al., 1997). Кроме того, некоторые ученые считают, что у пациентов с сочетанием алкоголизма и депрессии могут отчетливо проявляться оба заболевания (Coryell et al., 1992).

При лечении больных алкоголизмом и наркоманией чрезвычайно важно учитывать другие психические расстройства, независимо от их причин. С целью более эффективного лечения таких осложненных состояний Бремс и Джонсон (Brems & Johnson, 1997) рекомендовали для терапии сопутствующей психической патологии использовать: междисциплинарное сотрудничество, интеграцию наркологических и психиатрических методов лечения, а также проведение тренинга персонала с целью повышения знания в отношении трудностей, сопровождающих лечение больных с коморбидными расстройствами.

Стресс, снятие напряжения и подкрепление

Многие исследователи обращали внимание на то, что типичный алкоголик не удовлетворен своей жизнью и не может или не хочет выдерживать напряжение и стресс. Например, Уоттен (Watten, 1995), при работе с большой группой норвежцев, обнаружил связь между потреблением алкоголя и такими негативными аффектами, как тревога и жалобы соматического характера. Иными словами, субъекты принимали алкоголь, чтобы расслабиться. С этой точки зрения любой, кто считает алкоголь снижающим напряжение, рискует превратиться в алкоголика даже при отсутствии стрессовой ситуации. Однако снятие напряжения нельзя считать единственной причиной пристрастия к алкоголю. В этом случае мы могли бы ожидать, что алкоголизм будет распространен гораздо шире, поскольку алкоголь снимает напряжение у большинства людей, его принимающих. Кроме того, отсутствует объяснение, каким образом неко-

торым сильно пьющим людям удается сохранять контроль над собой и продолжать функционировать в обществе, тогда как другие оказываются неспособными к этому.

Кокс и Клингер (Cox & Klinger, 1988; Cooper, 1994) описывают мотивационную модель употребления алкоголя, которая возлагает значительную долю ответственности на индивида. По их мнению, на пути к употреблению алкоголя всегда стоит мотивация, то есть индивид сознательно или бессознательно решает, выпить ли ему данный конкретный глоток спиртного. Алкоголь потребляется с целью вызвать аффективные изменения, например эффекты, изменяющие настроение, и даже косвенные реакции, такие как одобрение окружающих. Следовательно, алкоголь потребляется потому, что оказывает положительное воздействие на индивида.

Ожидание социального успеха

В последние годы многие исследователи изучали роль когнитивного ожидания в инициации потребления спиртного и в поддержании такого поведения после того, как человек начинает употреблять алкоголь (Connors, Maisto & Derman, 1994; Marlatt, Baer et al., 1998). Многие люди, особенно юные подростки, ждут, что алкоголь снимет напряжение и тревогу, а также повысит сексуальное желание и общее удовольствие от жизни (Seto & Barbaree, 1995). Согласно этому представлению, которое часто называется *моделью взаимного влияния*, подростки начинают употреблять спиртное, ожидая, что алкоголь повысит их популярность и востребованность среди сверстников. Исследования показали, что ожидание социального одобрения может влиять на решение подростков начать и продолжать употребление алкоголя (Christiansen et al., 1989).

Представление подростков о том, что спиртное избавит от чувства социальной неполноценности, влияет на их поведение по отношению к употреблению алкоголя и снабжает профессионалов важными средствами, позволяющими отвратить молодежь от пьянства или, по крайней мере, отсрочить его начало. С этой точки зрения употреблению алкоголя тинейджерами можно противопоставить вооружение молодых людей более эффективными социальными инструментами и способами изменения своих ожиданий, прежде чем они начнут пить. Смит и коллеги (Smith et al., 1995) предположили, что профилактические усилия должны быть адресованы детям до того, как те начнут выпивать, чтобы избежать цикла позитивной обратной связи, в ходе которого происходит взаимное подкрепление ожиданий и пьянства (дискуссию на тему профилактики употребления алкоголя см. в главе 18).

Время и опыт ослабляют эти ожидания. Существует большое количество данных, подтверждающих, что с возрастом такие ожидания теряют свое влияние. В исследовании студенческого пьянства Шер, Вуд и коллеги (Sher, Wood et al., 1996) обнаружили, что итоговые ожидания со временем значительно снижаются. По сравнению с новичками, студенты старших курсов не возлагали на алкоголь больших надежд (о студенческих попойках см. справку 10.3).

Супружеские и другие интимные отношения

Чрезмерное употребление спиртных напитков часто начинается в периоды кризиса супружеских или других личных отношений, особенно если они приводят к обидам и самоуничижению. Супружеские отношения могут поддерживать паттерн чрезмерного потребления алкоголя. Например, Эвелин К., 36-летняя домохозяй-

ка, пристрастилась к выпивке на фоне крайнего супружеского дистресса, особенно, когда ее муж, с которым она прожила три года, стал пропадать по ночам и бить ее по возвращении домой. Бывает, что супруги поощряют или допускают пьянство партнера. Так, муж, живущий с женой-алкоголичкой, часто не осознает того факта, что во многих своих решениях он постепенно и неизбежно начинает исходить из того, что его жена будет пить. Эти ожидания, в свою очередь, повышают вероят-

СПРАВКА 10.3. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Студенческие попойки

Скотт К.,18-летний студент первого курса престижного Бостонского университета, свято соблюдая устав, отправился на вечеринку в студенческий клуб. Вечер проходил в безудержном пьянстве; в какой-то момент Скотт потерял сознание и у него остановилось сердце. Его немедленно доставили в приемный покой, где врачи провели реанимационные мероприятия, но было поздно: он умер, не приходя в сознание. Содержание алкоголя в его крови в тот момент составляло 0,41%, то есть в четыре раза превышало официально разрешенный штатом уровень, при котором можно садиться за руль (Goldberg, 1997). Этот трагический инцидент произошел всего через несколько недель после смерти еще одного студента из Лозанны, 12 однокашников которого, после вечерней пирушки, были госпитализированы с алкогольным отравлением. Смерть, вызванная алкогольным отравлением, хотя и кажется более трагичной, когда ее жертвами оказываются молодые люди, не редкость. На самом деле от алкогольного отравления ежегодно умирают около 4000 человек (Goldberg, 1997). Однако большинство смертей среди лиц студенческого возраста, находящихся в состоянии алкогольного опьянения (National Institute of drug abuse, 1981), связано с вождением в нетрезвом виде.

Эти проблемы, вызванные употреблением алкоголя, возникли не сегодня и не сводятся к отдельным инцидентам с молодыми людьми в пору студенчества. Если назвать лишь самые серьезные последствия пьянства – драки, порчу имущества, вождение в пьяном виде, изнасилования, *гибель*, то подобные вещи достаточно часто случаются в колледжах и университетах и, в большей или меньшей степени, веками составляли часть студенческой жизни. Более того: студенческие попойки представляют собой интернациональную проблему. Например, среди британских студентов по сравнению с американскими, отмечается больший уровень потребления алкоголя, чаще случаются похмелья, «отключение сознания» и пропуск занятий (Delk & Meilman, 1996). В Австралии 34% опрошенных указали на сочетание приема алкоголя с вождением и выразили большую обеспокоенность чрезмерным его употреблением, чем студенты из Израиля, Соединенных Штатов и Сингапура (Isralowitz, Borowski et al., 1992). Попойки, где бы они ни происходили, на институтских вечеринках или в ходе ежегодных «вылазок» в Панама-Сити или Атланту, обычно сопровождаются негативными последствиями. (По этой причине подобные мероприятия были запрещены, например, в Форт Лидердейле, штат Флорида.)

Эти инциденты отражают серьезную проблему пьянства среди контингента, который подвержен высокому риску развития химически обусловленных расстройств. Хотя можно оспорить критерии, позволяющие определить склонность к алкоголизму (DeCourville & Sadova, 1997), признается, что последствия студенческих попоек, аналогичные описанным выше, могут быть весьма и весьма тяжелыми.

Насколько распространено студенческое пьянство? Несмотря на тот факт, что большей части студенчества запрещено употреблять алкоголь, попойки устраиваются повсеместно (Rabow & Duncan-Schill, 1995). По данным опроса, предпринятого Векслером и коллегами (Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, & Castillo, 1994), 44% американских студентов участвуют в по-

ность пьянства. Поэтому перед многими современными лечебными программами стоит важная задача — выявление паттернов отношений, которые закрепляют пьянство у пьющего партнера. Это означает, что в таких программах предпринимаются попытки идентифицировать личностные или связанные с жизненным стилем факторы в отношениях, которые поощряют, поддерживают или оправдывают алкогольное поведение. В конце концов, весь брак может сосредоточиться на пьян-

пойках, а Гудвин (Goodwin, 1992) сообщает, что в 98% студенческих мужских и женских клубов еженедельно выпивают. Векслер с коллегами (Wechsler et al., 1994) провели опрос, охватив 140 общежитий в 40 штатах, и получили информацию о поведении и последствиях питья для здоровья, касавшуюся 17 592 студентов (из которых опросили приблизительно 69%). Студенты ответили на вопросы 20-страничного вопросника, касавшегося их привычек при приеме алкоголя, включая такие сведения, как дата последней выпивки, сколько раз им случалось употребить пять или больше доз спиртного в течение одного мероприятия и как часто они выпивали по четыре дозы подряд. Кроме того, их просили предоставить информацию о каких-либо последствиях пьянства, если таковые имели место: похмелье; пропуск занятий; отставание в учебе; действия, о которых впоследствии приходилось сожалеть; выпадение из памяти места, в котором они находились, или собственных действий; ссоры с друзьями; случайные сексуальные контакты; неудачное предохранение в ходе полового акта; повреждение имущества; неприятности с полицией, травмы или необходимость медицинской помощи в связи с передозировкой алкоголя.

Колледжи, в которых проводился опрос, резко отличались по масштабам пьянства среди своих студентов. Как можно было ожидать, одни пользуются славой «пьяных институтов», в других учебных заведениях было много студентов (70%), которые прочно втянулись в попойки, однако в той или иной степени эта проблема касалась всех колледжей. Масштабы пьянства варьировали в зависимости от возраста. Учащиеся в возрасте от 17 до 23 лет пили гораздо больше, чем студенты старших курсов. Среди студенчества прослеживается некоторая тенденция к сдерживанию себя в выпивке с течением времени. В жизни студентов старших курсов алкоголь занимает не такое видное место, как у младших, и они, как и вообще люди старшего возраста, не очень многого ждут от алкоголя (Sher et al., 1996).

Последствия студенческого пьянства бывают поистине катастрофическими. Проведя свой опрос, Векслер с коллегами (Wechsler et al., 1994) сообщили о наличии прочной положительной связи между частотой попоек и проблемами, созданными алкоголем для здоровья и жизни в целом. Выяснилось, что кутилы едва ли не в 10 раз чаще тех, кто выпивал эпизодически, вступали в случайные сексуальные связи, не предохранялись во время полового акта, имели неприятности с полицией, портили имущество или получали травмы. Проблемы имели одинаковый характер для мужчин и женщин за исключением того, что мужчины наносили больший имущественный ущерб. Свыше 16% мужчин и 9% женщин сообщили о проблемах, возникавших у них с полицией. Около 47% систематически выпивающих студентов показали, что сталкивались с пятью и более проблемами из перечисленных, тогда как умеренно пьющих с тем же числом проблем набралось всего 14%.

Интересно, что после последнего контрольного опроса, касавшегося студенческого пьянства и проведенного в 1997 году, Векслер с коллегами (Wechsler et al., 1988) представили поразительно похожие результаты: заядлыми пьяницами оказывались по два студента из каждых пяти (около 42,7%) по сравнению с 44,1% из более раннего исследования.

стве супруга(и)-алкоголика. В некоторых случаях второй супруг тоже начинает пить, возможно, в силу подкрепления такого поведения пьющим партнером или с целью смягчить разочарование, фрустрацию и негодование, которые часто возникают по отношению к пьющему. Такие взаимоотношения, конечно, не ограничиваются супружеством и могут возникать между любовниками или близкими друзьями.

В Соединенных Штатах чрезмерное употребление алкоголя — одна из самых частых причин развода (Fillmore et al., 1994) и нередко оказывается тайной подоплекой двух других — финансовых и сексуальных проблем. Разлад в межличностных отношениях алкоголиков, несомненно, еще больше усугубляет стресс и хаос в их жизни. Разрыв супружеских отношений для многих людей оказывается чрезвычайно стрессовой ситуацией. Стресс, вызванный разводом, и зачастую беспорядочный период последующего приспособления к новым условиям могут усугубить проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем.

Установлено, что проблемы в семейных отношениях играют важнейшую роль в развитии алкоголизма. В исследованиях на протяжении длительного времени возможных этиологических факторов при алкоголизме Вэллан и Миловски (Vaillant & Milofski, 1982) описали шесть типов семейных взаимоотношений, которые были тесно связаны с развитием алкоголизма у индивидов, находившихся под наблюдением. Самыми важными среди них, которые предрасполагали человека к подобным проблемам, были: наличие отца-алкоголика, наличие острого супружеского конфликта, плохой материнский надзор и непоследовательное воспитание, частая смена мест жительства в ранние годы, недостаточная «привязанность» к отцу и отсутствие семейной сплоченности.

Социокультурные факторы

Наша культура стала зависимой от алкоголя, видя в нем «смазочный материал», предохраняющий от социальных трений, и средство для снятия напряжения. Поэтому многочисленные исследования указывают на роль как физиологических и психологических, так и социокультурных факторов в злоупотреблении алкоголем и алкогольной зависимости среди американцев (Vega et al., 1993).

Влияние культуры на употребление спиртного хорошо видно из примера мусульман и мормонов, чья религия запрещает употреблять алкоголь, а также ортодоксальных иудеев, которые традиционно ограничивали его использование главным образом религиозными обрядами. Алкоголизм в этих группах минимален.



Влияние культуры на алкоголизм становятся очевидными при взгляде на крайне низкую его частоту среди мусульман, мормонов и ортодоксальных иудеев, чья религия запрещает употреблять алкоголь иначе, как только в ходе религиозных обрядов.

Среди европейцев употребление спиртных напитков, напротив, высоко: в Европе проживают менее 15% всего населения земного шара, зато потребляется примерно половина всего алкоголя (Sulkunen, 1976). Интересно отметить, что жители Европы и шести государств, претерпевших влияние европейской культуры, — Аргентины, Канады, Чили, Японии, США и Новой Зеландии, — составляют менее 20% мирового населения и в то же время потребляют 80% алкоголя (Barry, 1982). В Европе злоупотребление алкоголем остается проблемой, чреватой, как было отмечено, серьезными последствиями и несчастными случаями (Lehto, 1995), преступлениями (Rittson, 1995), ростом числа заболеваний печени (Medical Council on alcoholism, 1997) и уровнем молодежной наркомании (Anderson & Lehto, 1995). Первое место в мире по алкоголизму занимают французы, среди которых им страдают приблизительно 15% населения. Франция занимает первое место как по количеству алкоголя, потребляемого на душу населения, так и по числу смертей от цирроза печени (Noble, 1979). Кроме того, во Франции налицо наивысшие показатели распространенности алкогольной зависимости: при опросе госпитальных больных проблемы с алкоголем были выявлены у 18% из них (25% у мужчин и 7% у женщин), хотя сама госпитализация была связана с алкогольными проблемами лишь в 6% случаев (Renaud, Leleu et al., 1997). В Швеции, еще одной стране с высоким уровнем алкоголизма, частота госпитализации в связи с алкогольными проблемами составила 13,2% для мужчин и 1,1% для женщин (Andreason & Brandt, 1997). Следовательно, религиозные предписания и социальные традиции способны определять, является ли алкоголь одним из методов копинга, систематически используемых в данной группе или обществе.

Возможно, что культура влияет на поведение, возникающее под действием алкогольных напитков. Линдман и Ланг (Lindman & Lang, 1994) в исследовании, касавшемся поведения жителей восьми государств после употребления спиртного, обнаружили, что, по мнению большинства субъектов, большое количество выпивки часто сопровождается агрессивным поведением; однако ожидание агрессии после употребления алкоголя связано с культурными традициями и ранним знакомством с насилием и агрессивным поведением.

Подводя итог, скажем, что мы в состоянии идентифицировать множество причин, по которым люди пьют, равно как и многочисленные условия, предрасполагающие их к пьянству и подкрепляющие ощущения, вызванные приемом алкоголя, но до сих пор неизвестно, какая комбинация факторов превращает человека в алкоголика.

Лечение алкоголизма

Злоупотребление алкоголем и алкогольную зависимость трудно лечить, так как многие алкоголики отказываются признать, что они больны, или не обращаются за помощью прежде, чем опустятся «на дно», а многие из тех, кто все-таки начинает лечиться, прерывают терапию до ее завершения. Ди Клементе (Di Clemente, 1993) называет аддиктивные расстройства «болезнями отрицания». В опросе, которым были охвачены свыше 60 000 пролеченных алкоголиков, Бут, Кук и Блоу (Booth, Cook, & Blow, 1992) сообщили, что 11% из них прерывали лечение вопреки врачебным рекомендациям. Когда алкоголиков ставят перед необходимостью лечиться, они часто реагируют отказом или злятся на этого человека, прерывая общение с ним (Miller & Rollnick, 1991).

Многосторонний подход к лечению алкоголизма представляется наиболее эффективным, хотя возникающие проблемы нередко сложны, требуют от лечебных процедур гибкости и индивидуального подхода (Margolis & Zweben, 1998). Кроме того, алкоголику в ходе лечения необходимо измениться. В задачи лечебных программ обычно входят: дезинтоксикация, физическая реабилитация, контроль над поведением и развитие у человека понимания того, что он способен справиться с жизненными проблемами и вести насыщенную жизнь без приема спиртного. Как правило, перед традиционными программами лечения стоит цель добиться воздержания от алкоголя. Однако лечебной целью других программ является достижение контролируемого употребления алкоголя лицами, имеющими проблемы с алкоголем. Но независимо от использованного метода, рецидивы происходят часто, и многие специалисты считают их составной частью лечения и процесса выздоровления.

Медикаментозное лечение алкоголизма

К биологическим методам лечения относится применение разнообразных лекарственных средств, которые снижают тягу к выпивке, облегчают процесс дезинтоксикации и лечат сопутствующие психические расстройства, лежащие, как считается, в основе алкогольного поведения (Romach & Sellers, 1998).

Препараты, блокирующие тягу к алкоголю. С целью немедленного прекращения употребления спиртных напитков можно назначить дисульфирам (антабус) — препарат, вызывающий неукротимую рвоту при приеме алкоголя (Chic et al., 1992). Эдельман и Вейсс (Adelman & Weiss, 1989), изучавшие эффективность различных программ лечения алкоголизма, сообщили, что программы, в которые включено использование антабуса, имеют явные преимущества, так как обычно при приеме препарата на регулярной основе употребление спиртного прекращается. Однако подобная терапия редко используется в качестве единственного метода, так как лечение алкоголизма одними фармакологическими средствами неэффективно (Gorlick, 1993). Алкоголик может попросту прекратить принимать антабус после выписки из клиники или больницы и снова начать пить. Ценным качеством препаратов данного типа представляется их способность прерывать хотя бы на какое-то время прием алкоголя, позволяя провести в этот период терапию. Прием антабуса может сопровождаться неприятными побочными эффектами; например, возможна тошнота после использования лосьона для бритья на алкогольной основе, который абсорбируется кожей. Более того, стоимость лечения антабусом, из-за необходимости тщательного медицинского контроля, оказывается выше, чем у многих других, более эффективных методов (Holder et al., 1991).

Препаратом другого типа, применявшимся в исследованиях ряда ученых (Anton, 1996; Columbus, et al., 1995), является *налтрексон* (*Naltrexone*), который помогает ослабить «тягу» к алкоголю путем блокирования его приятных эффектов. О'Мэлли, Джаффе, Роуд и Рунсавилль (O'Malley, Jaffe, Rode & Rounsaville, 1996) показали, что налтрексон снижает количество выпитого и само стремление выпить по сравнению с группой плацебо.

Препараты, снижающие побочные эффекты острой абстиненции. При острой интоксикации внимание следует сосредоточивать в первую очередь на дезинтоксикации (выведение алкоголя и продуктов его распада из организма), лечении

ранее описанных симптомов отмены и назначении диеты для физической реабилитации. Одной из главных целей при лечении симптомов отмены является смягчение физической симптоматики, присущей этому синдрому: бессонницы, головной боли, желудочно-кишечных расстройств и мышечного тремора. Главное внимание уделяется профилактике сердечных аритмий, судорог, делирия и других более тяжелых осложнений (Bohn, 1993). Эти мероприятия лучше проводить в больнице или клинике, где препараты типа валиума произвели переворот в лечении симптомов отмены. Подобными препаратами удается снять моторное возбуждение, тошноту и рвоту, предотвратить развитие делирия и судорог, а также снять напряжение и тревогу, сопровождающие абстиненцию. Однако следует учитывать, что применение транквилизаторов на этой стадии не приводит к долгосрочному выздоровлению и может способствовать развитию пристрастия к наркотикам и другим веществам. В некоторых токсикологических клиниках используют альтернативные подходы, включая постепенный отход от алкоголя вместо резкого прекращения его приема. Для снятия тревоги и улучшения сна больным, находящимся в состоянии алкогольной абстиненции, иногда назначают мягкие транквилизаторы в поддерживающих дозах. Иногда такое применение транквилизаторов может быть менее эффективным, чем отсутствие лечения вообще. Больные должны научиться воздерживаться от транквилизаторов так же, как от алкоголя, потому что возможно злоупотребление и тем и другим. Впоследствии, под действием транквилизаторов, больные даже могут вернуться к употреблению алкоголя.

Препараты для лечения сопутствующих расстройств. Транквилизаторы также применяются при лечении алкоголизма другими способами, отличными от смягчения симптомов отмены. Например, препараты типа *дезимпрамина* назначают для лечения коморбидных депрессивных симптомов и алкоголизма (Anton, 1996).

Методы психологического лечения

Дезинтоксикацию лучше всего проводить вместе с психологическим лечением, включая семейное консультирование и использование коммунитарных ресурсов, имеющих отношение к профессиональной занятости и другим аспектам социального приспособления индивида. Хотя индивидуальная психотерапия иногда бывает эффективной, психологические подходы при лечении алкоголизма чаще фокусируются на групповой терапии, терапии средой, поведенческой терапии и подходе, используемом обществом Анонимных Алкоголиков и такими семейными группами, как *Al-Anon* и *Al-Ateen*.

Групповая терапия. В ходе конфронтационного взаимообмена как этапа групповой терапии (глава 17) алкоголиков часто вынуждают взглянуть в лицо своим проблемам (возможно, впервые в жизни) вопреки наклонности отрицать или преуменьшать собственную причастность к возникшим трудностям, когда они описывают свое состояние перед аудиторией «равных». Вероятно, им трудно утаивать или отрицать имеющиеся у них проблемы с алкоголем перед людьми с теми же проблемами, но вынужденных признать неизбежное. Такие ситуации в лечебных группах могут быть крайне трудными для алкоголиков, привыкших снимать с себя всякую ответственность, но они помогают этим людям увидеть новые возможности в борьбе с обстоятельствами, которые привели их к беде. Признание существования проблемы часто, но не всегда, подготавливает индивида к научению более

эффективным методам копинга и другим позитивным шагам, позволяющим справиться с собственным пьянством.

В некоторых случаях на сессии групповой терапии можно приглашать жен и мужей алкоголиков и даже их детей. В других ситуациях лечение членов семьи становится главной задачей терапевтических усилий. В этом случае алкоголик рассматривается как член неблагополучной семьи, в которой все несут ответственность за ход лечения. Поскольку члены семьи зачастую оказываются людьми, особенно пострадавшими от поступков алкоголика, они часто склонны к угрозам в его адрес и критике, а пациент, уже испытавший на себе острую критику, плохо переносит это новое унижение. В других случаях члены семьи могут неумышленно поощрять пристрастие к спиртному, например мужчина с потребностью подчинять себе жену может прийти к выводу, что ее постоянные пьянство и раскаяния как нельзя лучше отвечают его интересам.

Терапия средой. Как и при лечении других тяжелых паттернов дезадаптивного поведения, общая программа лечения алкоголиков требует устранения отрицательных моментов в жизненной ситуации, в которой пребывает больной. Показано, что поддержка извне — важное условие для его выздоровления (Booth et al., 1992a; 1992b). Из-за пьянства алкоголики часто отчуждаются от семьи и друзей и либо теряют работу, либо рискуют ее потерять. В результате они часто одиноки и поддерживают мало контактов с другими людьми. Реакция окружающих, как правило, лишена того понимания и поддержки, которые можно было ожидать при соматическом заболевании этого человека. Простой помощи в научении эффективным способам копинга алкоголику может быть недостаточно, если его окружение остается враждебным и угрожающим. В случае госпитализации реабилитационные учреждения, призванные помочь алкоголикам вернуться в семью и общество, часто являются важным дополнением к общей программе лечения.

Рецидивы и продолжающийся распад личности, от которых нередко страдают алкоголики, связаны с отсутствием прочных семейных и дружеских связей, а также с наличием стрессовых ситуаций. Маловероятно, что алкоголик будет воздерживаться от спиртного после лечения, если вместе с ним не изменятся и негативные психосоциальные факторы, воздействовавшие на него в прошлом.

Поведенческая терапия. Интересной и нередко эффективной формой лечения алкогольных расстройств можно назвать поведенческую терапию, существующую в нескольких вариантах. Одна из них — *аверсивное обусловливание* состоит в сочетании алкоголя с многочисленными неприятными стимулами в целях подавления стремления к алкоголю. Употребление спиртного можно сочетать, например, с электрошоком или приемом препарата, вызывающего тошноту.

После дезинтоксикации в ходе поведенческой терапии можно использовать разнообразные фармакологические и другие отпугивающие средства. Один из подходов состоит во внутримышечном введении рвотного средства, эметина гидрохлорида. До появления тошноты, возникающей в результате инъекции, пациенту дают алкоголь, чтобы его вид, вкус и запах объединились с сильнейшей тошнотой и рвотой. Таким способом развивается обусловленное отвращение к вкусу и запаху алкоголя. При неоднократном проведении данная процедура классического обусловливания становится мощным средством сдерживания, препятствующим дальнейшему пьянству, отчасти, наверное, потому, что прибавляет сиюминутные и не-

приятные физиологические последствия к общим, неприятным в социальном отношении последствиям пьянства.

В центре внимания поведенческих и когнитивно-поведенческих методов часто находятся паттерны поведения, которые способствуют употреблению алкоголя, например депрессия. По данным проведенных исследований, когнитивно-поведенческие вмешательства способны как улучшить состояние настроения индивида, так и сократить потребление спиртного (Brown, Evans, Miller et al., 1997). Еще одним поведенческим методом, показавшим положительные результаты, явилась терапия супружеской пары. Оказалось, что супружеская терапия при меньших издержках дает лучший эффект, чем индивидуальная психотерапия (Fals-Stewart, O'Farrell & Birchler, 1997)

Одной из самых эффективных современных процедур в лечении алкоголизма стал когнитивно-поведенческий подход, рекомендованный Аланом Марлаттом, Баером и их коллегами (Marlatt, 1985; Marlatt, Baer, et al., 1998). В этом подходе стратегии когнитивно-поведенческого вмешательства сочетаются с теорией социального научения и моделированием поведения. Метод, который часто называется тренингом навыков, обычно адресуется сильно пьющим людям молодого возраста, которые рискуют развитием более серьезных алкогольных проблем из-за семейного алкогольного анамнеза или значительного количества текущего потребления алкоголя. Данный подход заключается в предоставлении специальной информации об алкоголе, развитии навыков копинга в ситуациях, связанных с повышенным риском его потребления, модификации когниций и ожиданий, а также приобретении навыков преодоления стресса. Этот когнитивно-поведенческий подход представляется явно привлекательным, хотя его эффективность еще только предстоит продемонстрировать. Холдер с коллегами (Holder et al., 1991) сообщили, что данный метод менее эффективен по сравнению с другими поведенческими методами, например процедурами в рамках тренинга навыков.

Тренинг самоконтроля (Miller, Brown et al., 1995), целью которого является сокращение приема алкоголя без обязательного полного воздержания, чрезвычайно привлекателен для некоторых сильно пьющих людей. В настоящее время существует даже компьютерная программа тренинга самоконтроля, которая, как было показано в недавнем исследовании, сокращает потребление спиртного (Hester & Delaney, 1997). Индивидам, крайне зависимым от воздействия алкоголя, конечно, трудно дается полное воздержание от него. Поэтому многие алкоголики не придерживаются традиционных программ лечения. Мысль о том, что они могут научиться контролировать потребление алкоголя и в то же время продолжать получать от него удовольствие, способна выступить для них мотивирующим элементом (Lang & Kidorf, 1990).

Контролируемое потребление алкоголя как альтернатива полному воздержанию

В последние годы особое внимание снискали и другие психологические методы отчасти потому, что они опираются на гипотезу, согласно которой не всем людям, имеющим проблемы с употреблением алкоголя, обязательно полностью отказываться от выпивки, потому что они могут научиться умеренному питью (Lang & Kidorf, 1990; Miller, 1978; Sobell & Sobell, 1995). Было опробовано несколько подходов к научению контролируемому питью (McMurran & Hollin, 1993), и данные

исследований показывают, что иногда алкоголики способны научиться контролю над приемом алкоголя (Miller, 1978; Senft, Polen et al., 1997). Миллер с коллегами (Miller et al., 1986) оценили результаты четырех долговременных контрольных исследований, касавшихся лечебных программ контролируемого потребления алкоголя. Несмотря на то что отдаленный катамнез показал отчетливую тенденцию к росту числа как тех, кто решил полностью воздерживаться от спиртного, так и лиц с рецидивами, ученые обнаружили, что во всех четырех исследованиях неизменно присутствовало определенное число субъектов (15%), которые контролировали прием алкоголя. Авторы пришли к выводу, что успех контроля над потреблением алкоголя вероятнее для лиц с менее тяжелыми формами алкоголизма. Тот факт, что отдельные индивиды после лечения в состоянии сохранять некоторый контроль над его употреблением (а не воздерживаться от него совершенно), был представлен также Поличем, Армором и Брейкером (Polich, Armor, & Braiker, 1981). Эти исследователи установили, что в течение полугода 18% пролеченных алкоголиков, участвовавших в данном исследовании, могли, по собственному утверждению, выпивать в социально приемлемых границах без каких-либо проблем.

Между лечебными учреждениями существуют определенные различия в плане готовности к применению стратегий контролируемого приема вместо лечения, требующего воздержания от алкоголя (Heather, 1995; Hsieh & Srebalus, 1997). Сообщения об успешности программ контролируемого приема поступали из Австралии. Доув и Ричмонд (Dawe & Richmond, 1997) сообщили об исследовании, цель которого была в переходе от полного воздержания от спиртного к потреблению алкоголя в «безопасных количествах». Опрос проводился в 179 учреждениях, и в 66% случаев сообщалось, что, по словам больных, рекомендации насчет контроля потребления алкоголя в качестве лечебной задачи были успешно выполнены.

Многие специалисты, однако, отвергают идею о способности алкоголиков научиться контролировать потребление алкогольных напитков и настаивают на полном воздержании. Споры о возможности научить алкоголиков умеренности в приеме алкоголя продолжаются свыше 25 лет. Некоторые исследователи (Heather, 1995; Kahler, 1995; Sobell & Sobell, 1995) отстаивают эффективность контролируемого потребления, тогда как другие, например Глатт (Glatt, 1995), утверждают, что алкоголику вряд ли удастся сохранить подобный контроль. Сейчас дебаты по поводу эффективности контролируемого приема несколько стихли (Sobell & Sobell, 1995) и было признано, что индивиды, имеющие проблемы с алкоголем, могут приобрести контроль над его употреблением. Однако сторонники этого мнения все еще находятся в меньшинстве. Большинство специалистов по-прежнему считают, что полное воздержание должно стать целью для всех стремящихся вылечиться от алкоголизма. Группы, подобные Анонимным Алкоголикам, непоколебимы в своей оппозиции программам по достижению контроля над потреблением для лиц с алкогольной зависимостью.

Анонимные Алкоголики

Реальным и, как сообщают, весьма успешным подходом к лечению алкоголизма служат методы, практикуемые Анонимными Алкоголиками (АА). Эта организация была основана в 1935 году двумя людьми, доктором Бобом и Биллом В. в городе

Акроне, штат Огайо. Билл В. выздоровел от алкоголизма через «фундаментальное духовное преобразование» и немедленно разыскал Боба, который, при содействии Билла, тоже выздоровел. Тогда они стали помогать другим алкоголикам. С тех пор сообщество АА разрослось до цифры, превышающей 56 000 групп в Соединенных Штатах и Канаде с ежегодным приростом около 6–7% (Alcoholics Anonymous, 1997). Кроме того, группы АА были созданы и во многих других странах.

Анонимные Алкоголики действуют, главным образом, в рамках консультационной программы самопомощи, в ходе которой особое внимание уделяется двусторонним и групповым отношениям. Сообщество АА принимает как взрослых, так и тинейджеров с проблемами с алкоголем, не предусматривает никаких сборов и взносов, не ведет записей и историй болезни, не участвует в политической деятельности и не связано ни с какими религиозными сектами, хотя духовное развитие составляет главный аспект его подхода к лечению. Для гарантии анонимности члены общества известны друг другу только по именам. Собрания частично обсуждают социальные проблемы, но посвящены, в основном, проблемам с алкоголем его участников, часто с оценкой со стороны тех, кто выздоровел от алкоголизма. Выздоровевшие члены общества обычно сравнивают свою прежнюю жизнь, омраченную алкогольной зависимостью, с тем, как они теперь живут без алкоголя. Здесь мы должны отметить, что термином *алкоголик* АА и их сторонники обозначают либо того, кто страдает от алкоголизма в настоящее время, либо того, кто уже излечился от этих проблем, но должен и впредь, в соответствии с философией АА, воздерживаться от употребления алкоголя. Таким образом, с точки зрения АА, алкоголик — пожизненное определение, не зависящее от того, пьет человек в настоящее время или нет; он никогда не «излечивается», но «выздоравливает» от алкоголизма.

Важным аспектом реабилитационной программы АА является то, что она снимает груз личной ответственности, помогая алкоголикам принять тот факт, что алкоголизм, как и многие другие проблемы, шире, чем они себе представляли. С этого момента такие люди могут считать себя не безвольными и аморальными, но связанными одной проблемой — они не могут пить: точно так же, как не все люди переносят отдельные медикаменты. Благодаря взаимной помощи и убеждению со стороны членов группы, испытывавших в прошлом аналогичные трудности, многие алкоголики приобретают внутреннюю уверенность в решении своих проблем, новую цель в жизни, большую силу эго и более эффективные техники



Люди, присутствующие на этом собрании, выполняют широко принятую программу «Двенадцать шагов», помогающую воздерживаться от алкоголя. Хотя точных сведений об эффективности таких методов нет, программа сообщества АА является одной из самых популярных антиалкогольных программ. Она побуждает не к контролируемому потреблению, а к полному воздержанию от спиртного.

копинга. Систематическое посещение группы, безусловно, помогает предотвратить кризис или срыв.

Другие общественные движения, такие как семейные группы *Al-Anon* и *Al-Ateen* (общим числом свыше 35 000 в США и Канаде), призваны собирать членов семьи вместе для обсуждения общих переживаний и проблем, осмысления природы алкоголизма и научения способам преодоления собственных трудностей в конкретных ситуациях. Кроме того, проводятся отдельные «дополнительные» мероприятия антиалкогольной реабилитации, которые придерживаются метода социального моделирования, используя методику ориентации на равных, развившуюся из подхода, практикуемого АА (Borkman, Kaskutas, Room et al., 1998). Эти подходы могут основываться на модели АА, но также включать и другие методы лечения (Wallace, 1996).

Известный успех Общества анонимных алкоголиков основывается главным образом на случайной информации, нежели на объективном изучении результатов лечения, так как АА не участвуют в сторонних сравнительных исследованиях. Однако Брандсма, Молтсби и Велш (Bradsma, Maultsby & Welsh, 1980) включили программу АА в свое исследование, направленное на сравнение методов лечения алкоголизма. Для тяжелых случаев алкоголизма этот метод оказался малоэффективным. Важным результатом послужило то, что больные, получающие лечение по методу АА, прерывают его намного чаще, чем какое-либо другое. Около половины людей, приходящих в сообщество АА, выпадают из программы в течение первых трех месяцев. Чеппел (Chappel, 1993) связывает это с отрицанием алкоголиками своих проблем и сопротивлением, которое оказывается внешнему прессингу и самим АА. Многие алкоголики явно не в состоянии принять специфику сессий, похожих на религиозные, и форму групповой аттестации, являющиеся неотъемлемой частью программы АА. В исследовании Брандсма и коллег участники, относящиеся к АА, впоследствии сталкивались с бóльшими жизненными проблемами, и пили больше, чем люди из других лечебных групп. О положительных сторонах лечения в АА известно из недавнего исследования Морганштерна, Лабуви и коллег (Morganstern, Labouvie et al., 1997), которые сообщили, что результаты антиалкогольной терапии при последующей аффилиации с АА были лучше, чем без нее. В исследовании Тонигана, Тосковы и Миллера (Tonigan, Toskova & Miller, 1995) было показано, что у представителей амбулаторных выборок участие в программе АА было прочно связано с успешным результатом.

Результаты и проблемы лечения

Результаты антиалкогольного лечения значительно варьируют в зависимости от изучаемой популяции и использованных лечебных средств и процедур. Они колеблются от малоуспешных, при работе с закоренелыми алкоголиками, до достижения выздоровления в 70–90% случаев при использовании современных методов лечения и реабилитационных процедур. Рунсавилль и коллеги (Rounsaville et al., 1987) сообщили о влиянии психопатологии на результаты лечения алкоголиков. Для алкоголиков с диагностированным личностным или аффективным расстройством результаты лечения алкоголизма были хуже, чем для лиц, страдавших только алкоголизмом.

В своем четырехлетнем наблюдении за большой группой пролеченных алкоголиков Полич с коллегами (Polich et al., 1981) обнаружили, что алкоголиков лечить трудно, независимо от используемого метода. Из общей выборки (922 мужчины) лишь 7% воздерживались от алкоголя на протяжении четырех лет, а у 54% сохранялись проблемы с алкоголем. (Кроме того, у 36% больных из выборки наблюдались симптомы алкогольной зависимости, а еще у 18% были отмечены отрицательные последствия употребления алкоголя, например аресты.) Однако, с другой стороны, можно считать, что это исследование продемонстрировало явный благоприятный лечебный эффект для некоторых людей. Хотя при контрольном обследовании алкогольные проблемы сохранялись у 54% субъектов, в начале лечения таковые имелись более чем у 90% пациентов, то есть имело место значительное снижение числа людей с алкогольной зависимостью. Интересно, что хотя полностью воздержаться от алкоголя в течение всех четырех лет удалось лишь 7% больных, другие все же воздерживались от него на протяжении меньшего периода времени. Например, 21% пациентов не употребляли алкоголь в течение года и больше, а еще 7% — на протяжении шести месяцев. Одно интересное наблюдение подтверждает, что некоторые алкоголики способны научиться контролировать потребление алкоголя без полного отказа от спиртного — 18% из них оказалось в состоянии принимать алкогольные напитки без проблем в течение шести месяцев перед контрольным исследованием.

Эффективность лечения наиболее вероятна, когда индивид сознает, что нуждается в помощи, когда существуют адекватные лечебные возможности и когда он регулярно посещает лечебные процедуры. Правильно выбранные терапевтические действия приводили к лучшим результатам лечения и лучшему исходу (Connors et al., 1997). Одна из важных новых стратегий направлена на раннее подкрепление мотивации к лечению и воздержанию от приема спиртного в ходе лечебного процесса при помощи контрольных «проверок» на употребление алкоголя. Миллер, Бенефилд и Тониган (Miller, Benefield & Tonigan, 1993) сообщили, что «проверки на пьянство», проводившиеся на ранних стадиях терапии, привели к снижению алкоголизации в первые шесть недель лечения по сравнению с клиентами, у которых не было таких проверок.

Некоторые исследователи настаивают на большей эффективности лечения расстройств, вызванных употреблением и злоупотреблением алкоголя, если терапия основывается на учете значимых особенностей пациента (Mattson, Allen, Longabaugh et al., 1994). Речь идет о том, что больным с определенными личностными особенностями или с различной тяжестью заболевания могут помогать именно какие-то определенные, но никак не другие терапевтические подходы. Это представление получило положительную оценку в исследовании соответствия лечения специфике пациентов (называвшемся «Программой *MATCH*»), которое осуществлялось при поддержке Государственного института по проблемам злоупотребления алкоголем и алкоголизма (*NIAAA*). В этом, недавно завершившемся исследовании, начатом в 1989 году, приняли участие 1726 пациентов из США, которые лечились по 26 антиалкогольным программам 80 различными терапевтами, практиковавшими лечебные подходы трех направлений. Исследование предусматривало две отдельные и равноправные ветви с целью охвата как госпитального, так и амбулаторного лечения.

В Программе *MATCH* сравнивалась эффективность трех разных подходов к антиалкогольному лечению: 1) двенадцатиступенчатой программы, разработанной по принципу программы АА (но не спонсировавшейся АА) и названной «двенадцатиступенчатой фасилитирующей терапией» (ДФТ); 2) программой когнитивно-поведенческой терапии (КПТ); и 3) терапевтического метода под названием «терапия мотивационного прироста» (ТМП), представляющего собой попытку заставить клиентов взять на себя ответственность за помощь самим себе. Эти подходы были отобраны как наиболее адекватные проблеме исследования, а также эффективные в лечении алкоголизма (Gordis, 1997). Исследователи, занятые в Программе *MATCH*, оценивали больных по десяти параметрам, которые, согласно литературным данным, влияют на исход лечения (Babor, 1996; Project MATCH Group, 1997). К ним относятся: наличие алкоголизма, когнитивные нарушения, уровень понятийных способностей, пол, желание обрести смысл в жизни, мотивация, тяжесть состояния с психиатрической точки зрения, тяжесть алкогольной зависимости, социальная поддержка употребления спиртного как альтернативы воздержанию и наличие социопатии (личностного расстройства).

Результаты исследования были неожиданными: оказалось, что согласование лечения с особенностями больных не оказывает значимого влияния на эффективность лечения. Все методы лечения, составлявшие предмет исследования, привели к равноценным результатам. Гордис (Gordis, 1997) сделал следующий вывод: «вероятно, что при компетентном их выполнении все три программы лечения алкоголизма одинаково эффективны для всех пациентов».

Программы лечения на рабочем месте. Проблема пьянства и насилия на рабочем месте становится все более актуальной в Соединенных Штатах (Bennett & Lehman, 1996). С целью снижения числа случаев употребления алкоголя, насильственных действий на рабочем месте, во многих организациях были проведены мероприятия по обеспечению большей внутренней и внешней безопасности (Bush & O'Shea, 1996). Одним из наиболее эффективных действий стало введение Программ помощи служащим. Такие программы, направленные на предоставление служащим психиатрических услуг, зарекомендовали себя как высоко эффективные на раннем этапе распознавания проблем алкоголизма, направлении нуждающихся на лечение и гарантии эффективности реабилитационных процедур. Если учесть тот факт, что 5% трудоспособного населения страны — тяжелые алкоголики, а еще 5% злоупотребляют алкоголем, то становится ясно, что такие программы способны оказать огромное влияние на борьбу с алкоголизмом в нашем обществе (Alander & Campbell, 1975).

Стационарное и амбулаторное лечение

Как указывалось выше, существуют определенные разногласия относительно условий, в которых должны лечиться алкоголики: следует ли помещать их в стационар или можно успешно лечить их в амбулаторных условиях. Понятно, что если бы терапия в амбулатории была настолько же эффективной, насколько эффективна стационарная, то она обладала бы рядом явных преимуществ. Больные, например, могли бы оставаться в обществе, с семьями и с сохранением рабочего места,

где, в конечном счете, должно состояться их приспособление. Кроме того, амбулаторное лечение обходится дешевле — важный фактор, являющийся серьезной проблемой для современного здравоохранения. К сожалению, в некоторых исследованиях отмечается явное преимущество стационарного лечения, которое было успешным в 75% случаев против 18% в амбулаторных условиях (Wickizer et al., 1994). На данном этапе изучения эффективности того или иного лечения ни стационарной, ни амбулаторной терапии не удалось завоевать решающего большинства сторонников. Сравнительная эффективность стационарного и амбулаторного лечения алкоголизма остается спорным вопросом, и оба варианта находят поддержку в исследованиях (Adelman & Weiss, 1993; Cocores, 1991; Collins, 1993).

Значимость профессионального лечения. В своей работе, посвященной разнообразным методам лечения тяжелых, хронических алкоголиков, Брандсма с коллегами (Brandsma et al., 1980) обнаружили, что проведение лечения — профессионального или парапрофессионального, ориентированного на внутреннее побуждение или основанное на использовании когнитивно-поведенческой терапии, — эффективнее контрольных случаев, не предусматривающих лечения. Исследователи произвольно распределили хронических алкоголиков по группам, в которых пациенты получали что-то одно: инсайт-ориентированную терапию, рационально-поведенческую терапию, лечение по методике общества АА, терапию самопомощью (парапрофессиональную) или входили в контрольную группу, в которой никакого лечения не проводилось. Важным результатом этой работы стало доказательство большей эффективности профессионального лечения по сравнению с непрофессиональным. Оба основных терапевтических подхода (инсайт-ориентированный и рационально-поведенческий) оказались эффективными в равной степени. Как отмечалось выше, методика Анонимных Алкоголиков была менее эффективной, отчасти из-за большого количества лиц, не завершивших лечение.

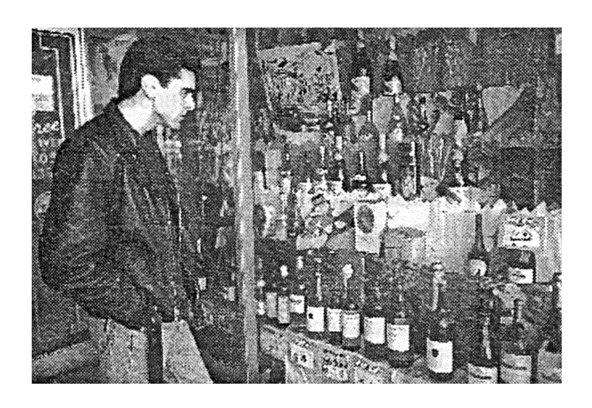
Профилактика рецидивов. К серьезным проблемам при лечении аддиктивных расстройств, таких как алкоголизм или любое другое состояние, описанное в этой главе, относятся небходимость стойкого воздержания или самоконтроля после устранения поведенческих эксцессов. Большинство программ лечения алкоголизма демонстрируют высокий уровень «излечивания» от аддиктивных проблем, но при дальнейшем контроле для многих из них характерно снижение числа лиц, которые продолжают воздерживаться от алкоголя или контролировать его употребление. Во многих лечебных программах недостаточное внимание уделяется вопросам поддержания достигнутых результатов и предотвращения срывов с возвратом к прежним дезадаптивным паттернам.

Алкоголики высоко подвержены срывам, поэтому некоторые исследователи подчеркивают необходимость содействия им в отказе от алкоголя. В рамках одного исследования когнитивно-поведенческого подхода к лечению алкоголизма получены доказательства того, что рецидивы являются главным отрицательным фактором в этом лечении (Marlatt, 1985; Marlatt & Vandenbos, 1997). Паттерны поведения, лежащие в основе срывов, рассматриваются как «потакающие» и опирающиеся на анамнез индивидуального научения. Когда индивид воздерживается от

спиртного или контролирует свое пристрастие, у него появляется чувство уверенности в своих силах. Чем дольше ему удается осуществлять этот контроль, тем большим становится ощущение собственных заслуг — самоэффективности, или уверенности в себе, и тем выше вероятность того, что он сумеет справиться с пристрастием и сохранить способность к самоконтролю. Однако индивид может нарушать принцип воздержания постепенно, возможно бессознательно, и изменять установленным принципам без причины, в соответствии с традиционным представлением о тяге к алкоголю и возможных срывах. С когнитивно-поведенческой точки зрения, человек может непреднамеренно принимать целый ряд микрорешений, даже на фоне отказа от спиртного, которые запускают цепную поведенческую реакцию, делающую срыв неизбежным. Например, алкоголик, воздерживающийся от спиртного и приобретающий кварту бурбона в ожидании гостей, или тучная женщина, соблюдая диету, меняющая маршрут по дороге на работу, чтобы завернуть в кондитерскую, бессознательно готовят себя к рецидиву.

Другая разновидность поведения, связанного с рецидивом, предполагает «эффект нарушения режима», при котором отказавшийся от спиртного человек рассматривает даже малейшую погрешность как катастрофу. Эффект срабатывает следующим образом: воздерживающийся индивид полагает, что он никогда, ни при каких обстоятельствах не должен срываться и возвращаться к старой привычке. Лечебные программы, ориентированные на воздержание, часто опираются именно на этот принцип запрещения. Что же произойдет, если воздерживающийся от алкоголя человек сделает себе послабление и выпьет, если ему нальет старый приятель? Он отчасти утратит чувство самоэффективности и уверенность, необходимую для контроля над употреблением алкоголя. При нарушении обета воздержания такой человек может испытывать чувство вины за то, что поддался соблазну, и, соответственно, размышлять: «Я все испортил и снова напился, так почему бы не продолжить?»

В ходе лечения, направленного на профилактику рецидивов, пациентов учат распознавать внешне иррелевантные решения, которые являются ранними предупреждающими сигналами о возможности срыва. В центре внимания оказываются ситуации, сопряженные с высоким риском, — вечеринки и спортивные матчи, а индивидов учат оценивать собственную предрасположенность к рецидиву. Кроме



Некоторым людям трудно воздерживаться от алкоголя из-за манящей привлекательности рекламы и витрин, похожей на ту, что представлена на этом снимке. Так как алкоголики часто подвержены рецидивам, многие специалисты считают, что в ходе лечения их следует также учить ожиданию таких срывов и не считать произошедшее большой катастрофой, так как в противном случае у таких пациентов появятся основания думать: «Ну что ж, я нарушил запрет. С тем же успехом я мог бы напиваться и дальше».

того, их обучают умению не расстраиваться сверх меры из-за потери уверенности в себе в случае рецидива. Некоторые терапевты, применяющие когнитивно-поведенческие методы, использовали лечебную фазу «планового рецидива» для наблюдения за когнитивно-поведенческими стратегиями пациентов с целью помочь им пройти через этот важный период. Иными словами, если научить больных ожиданию рецидива, то им будет легче с ним справиться.

Злоупотребление психоактивными веществами и химическая зависимость

К психоактивным веществам, чаще всего являющимся предметом злоупотребления и зависимости в нашем обществе, помимо алкоголя относятся: 1) наркотики — опиум и его производные; 2) седативные препараты — барбитураты; 3) стимуляторы — кокаин и амфетамины; 4) успокаивающие препараты — бензодиазепины; и 5) галлюциногены — *ЛСД* и *PCP*. (Эти и другие препараты представлены в табл. 10.4).

Кофеин и никотин это тоже вещества, вызывающие зависимость, и расстройства, связанные с отказом от табака и кофеиновой интоксикацией, включены в диагностическую классификационную систему *DSM-IV*; мы кратко коснемся их в справке 10.4.

Установлено, что 28 млн человек в мире подвергают свое здоровье значительному риску, употребляя различные психоактивные вещества, отличные от алкоголя, никотина и летучих растворителей, например клей (WHO, 1997). Злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ чаще всего наблюдаются среди подростков и в ранней юности (Smith, 1989), варьируя в зависимости от района проживания, расовой и этнической принадлежности, рода деятельности и других демографических показателей (Hughes, 1992). Проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, чаще встречаются среди экономически слабых меньшинств (Tremble, Padillo & Bell, 1994). Причины этого будут рассмотрены в данном разделе ниже.

Степень, в которой наркомания сделалась проблемой для общества, отражена в недавнем исследовании, посвященном ее распространенности среди лиц, подавших заявление о трудоустройстве в крупную клинику в Мериленде (Lange et al., 1994). Начиная с 1989 года и на протяжении двух лет всех кандидатов подвергали скринингу при помощи программы проверки соискателей на употребление наркотиков (первоначальное исследование проводилось анонимно). Из 593 кандидатов у 10,8% в крови было найдены запрещенные вещества. Самым часто используемым наркотиком была марихуана (55% от числа лиц, у которых обнаружен наркотик), за которой шли кокаин (36%) и опиаты (28%).

Паттерны поведения лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, заметно варьируют в зависимости от типа вещества, его количества и продолжительности приема; физиологических и психологических особенностей индивида и, в некоторых случаях, от социальной среды, в которой приобретается наркотический опыт. Поэтому мы рассмотрим отдельно вещества, которые чаще всего оказываются предметом злоупотребления и зависимости в современном обществе.

Таблица 10.4

Психоактивные вещества, часто выступающие предметом злоупотребления

Классификация	Препарат	Эффект
Седативные средства	**Алкоголь (этанол)**	Снижение напряжения Облегчение социального общения «Затушевывание» чувств и событий
	Барбитураты	Снижение напряжения
	Нембутал (пентобарбитал)	
	Секонал (секобарбитал)	
	Веронал (барбитал)	
	Туинал (секобарбитал и амобарбитал)	
Стимуляторы	**Амфетамины:**	Повышают ощущения бодрости и уверенности в себе
	Бензедрин (амфетамин)	Снижает чувство усталости
	Декседрин (декстроамфетамин)	Позволяют долго бодрствовать
	Метедрин (метамфетамин)	Снижает чувство усталости
	Кокаин (кока)	Повышает выносливость Стимулирует сексуальное возбуждение
Наркотики	**Опиум и его производные**	Снимают физическую боль
	Опиум	Вызывает релаксацию и приятные мечты
	Морфин	Устраняют тревогу и напряжение
	Кодеин	
	Героин	
	Метадон (синтетический наркотик)	Лечение героиновой зависимости
Психоделики и галлюциногены	**Конопля**	Изменяют настроение, мышление и поведение
	Марихуана	
	Гашиш	
	Мескалин (пейот)	«Расширяет» границы сознания
	Псилоцибин (психотогенные грибы)	Вызывают ступор
	ЛСД (диэтиламид-25 лизергиновой кислоты)	
	PCP (фенциклидин)	
Успокаивающие препараты (малые транквилизаторы)	Либриум (хлордиазепоксид)	Устраняют напряжение и тревогу
	Милтаун (мепробамат)	Вызывают релаксацию и сон
	Валиум (диазепам)	
	Ксанакс	

Примечание. Это не исчерпывающий список; в нем отсутствуют новейшие препараты, такие как риталин, которые вызывают множественные эффекты; в него не включены реже используемые летучие углеводороды – клеи, разбавители для красок, бензин, моющие средства и средства для снятия лака, которые высоко опасны при вдыхании из-за психоактивных эффектов; сюда также не включены антипсихотические и антидепрессивные препараты, которыми тоже злоупотребляют, но сравнительно редко. Этих, а также успокоительных препаратов мы коснемся в главе 16 при обсуждении лекарственной терапии.

Опиум и его производные (наркотики)

Люди используют опиум и его производные более 5000 лет. Гален (130–201 гг. н. э.) видел панацею при лечении заболеваний в противоядиях, главным ингредиентом которых был опиум: «Противодействует ядам и ядовитым укусам, излечивает жестокую головную боль, головокружение, глухоту, эпилепсию, апоплексию, ухудшение зрения, потерю голоса, астму, кашель всех видов, кровохарканье, затрудненность дыхания, колики, отравление, разлитие желчи, уплотнение селезенки, камни, нарушенное мочеиспускание, лихорадки, водянку, лепру, женское недомогание, меланхолию и мор любой разновидности». Даже сегодня производные опиума продолжают использовать при некоторых заболеваниях, описанных Галеном.

Опиум представляет собой смесь примерно 18 химических веществ, известных как *алкалоиды*. В 1805 году обнаружили, что алкалоид, присутствующий в наибольшем количестве (10–15%), представляет собой горький на вкус порошок, являющийся мощным седативным и обезболивающим средством; его назвали **морфином** в честь Морфея, древнегреческого бога сна. Приблизительно в 1865 году в Америке была изобретена игла для подкожного впрыскивания, что позволило широко применять морфин при оказании помощи солдатам в ходе Гражданской войны, не только раненным в боях, но и страдавшим от дизентерии. В результате многие солдаты, побывавшие в сражениях Гражданской войны, вернулись к мирной жизни пристрастившимися к наркотику — состояние, называвшееся «солдатской болезнью».

Ученые, обеспокоенные аддиктивными свойствами морфина, предположили, что одна часть его молекулы отвечает за аналгезирующие свойства (способность снимать боль без приведения в бессознательное состояние), а другая — за аддиктивность. На рубеже веков выяснилось, что если обработать морфин дешевым и доступным уксусным ангидридом, то он превращается в другой мощный аналгетик, названный **героином**. Появление героина с энтузиазмом приветствовал его первооткрыватель, Генрих Дрезер (Boehm, 1968). Ведущие ученые того времени признали достоинства героина, и препарат стал широко использоваться при аналгезии, а также в других медицинских целях, заменяя морфин. Однако в нем скоро разочаровались, так как героин оказался еще опаснее морфина, действуя быстрее, сильнее и сохраняя аддиктивные свойства. В результате героин был изъят из врачебной практики.

В 1914 году, когда опасные свойства опиума и его производных, включая кодеин, входивший в состав некоторых микстур от кашля, стали очевидны, Конгресс США принял «Акт Гаррисона». Согласно этому и последующим актам, несанкционированная продажа и распространение определенных препаратов были объявлены преступлением федерального масштаба; на врачей и фармацевтов возложили ответственность за каждую отпущенную дозу. Таким образом, человек, который хронически употреблял наркотики, в мгновение ока превратился из зависимого лица, что было терпимым злом, в уголовника. Не имея возможности приобрести наркотики легальным путем, многие люди обратились к незаконным источникам, а в итоге — к криминальным деяниям как средству пополнить свои запасы внезапно подорожавшего наркотика.

В 1960-х годах потребление героина резко возросло, но с 1975 года фактическое число употребляющих его людей неизменно снижается (Smith, 1989). Количество лиц, госпитализированных в связи с употреблением героина, в последние годы

снизилось с 47% от числа всех наркоманов, попавших в больницу, до 37%. В 1995 году 14% всех экстренных поступлений в стационар, связанных с употреблением наркотических средств, были вызваны передозировкой героина (DAWN Survey, 1996).

Эффекты морфина и героина

Морфин и героин обычно вводятся в организм посредством курения, вдыхания порошка, приема внутрь, «широк» и «вмазок» подкожного и внутривенного введения. Наркотик в жидком состоянии вводится либо под кожу, либо прямо в вену, непосредственно в кровь. В Соединенных Штатах новички, начинающие с вдыхания наркотика, обычно переходят к его внутривенному введению.

Одним из мгновенных результатов действия героина, введенного внутривенно или интраназально, является прилив эйфории, длящийся около 60 секунд, который многие наркоманы сравнивают с сексуальным оргазмом. Однако сразу после употребления морфина и героина развиваются другие известные эффекты — тошнота и рвота. Далее следует состояние «кайфа», на протяжении которого наркоман обычно

СПРАВКА 10.4

Кофеин и никотин

В *DSM-IV* включено пристрастие к двум официально дозволенным и широко потребляемым веществам: кофеину и никотину. Хотя такое пристрастие не сопровождается теми многочисленными и саморазрушающими последствиями, которые типичны для расстройств, обусловленных приемом алкоголя и наркотиков, указанные вещества представляют в нашем обществе серьезную проблему для физического и психического здоровья, что связано с несколькими причинами.

- Этими веществами легко злоупотреблять. К ним легко пристраститься, поскольку они широко используются и большинство людей знакомятся с ними в ранние годы жизни.
- К этим веществам открыт беспрепятственный доступ всем, кто пожелает; в нашем обществе, из-за прессинга со стороны окружающих людей и обстоятельств, трудно отказаться от их употребления.
- И кофеин, и никотин обладают выраженными аддиктивными свойствами; употребление их подталкивает к дальнейшему применению, пока они не становятся необходимым элементом повседневной жизни.
- От этих веществ трудно отказаться как в силу их аддиктивных свойств, так и в силу их глубокой встроенности в социальный контекст. (Правда, никотин все чаще оказывается под запретом в различных учреждениях и общественных местах.)
- Большинству людей крайне трудно отказаться от этих веществ из-за симптомов отмены при попытке «бросить», которые часто вызывают значительную фрустрацию.
- Широко отмечались (USDHHS, 1994) заболевания и побочные эффекты, связанные с употреблением данных веществ, особенно никотина. В США каждая седьмая смерть связана с заболеваниями, возникшими в результате курения.

Поскольку эти пристрастия весьма прилипчивы и способствуют развитию многих заболеваний, мы рассмотрим их немного подробнее.

Кофеин. Химическое вещество кофеин содержится во многих напитках и продуктах питания. Хотя в современном обществе употребление кофеина вошло в обычай и социально при-

пребывает в сонном, отрешенном состоянии при заметном снижении обычных потребностей организма, включая потребность в пище и сексе; преобладают приятные ощущения релаксации, эйфории и прострации. Эти эффекты длятся 4–6 часов и завершаются негативной фазой, когда хочется новых и новых доз.

Длительное употребление производных опиума обычно приводит к возникновению физиологической тяги к наркотику. Время, необходимое для ее развития, варьирует, но установлено, что для этого, как правило, достаточно 30-дневного непрерывного употребления. По истечении этого срока человек обнаруживает, что стал физически зависимым от наркотика в том смысле, что испытывает физическое недомогание при его отсутствии. Кроме того, у лиц, употребляющих производные опиума, постепенно развивается толерантность к наркотику, в результате которой они начинают нуждаться во все больших его дозах для достижения желаемого эффекта.

Если люди, пристрастившиеся к опиатам, не получают дозы наркотика в течение примерно восьми часов, у них появляются симптомы отмены. Характер и сте-

ветствуется, его прием в больших количествах может повлечь за собой проблемы. Негативные эффекты кофеина связаны не с абстиненцией, а с интоксикацией. В отличие от пристрастия к таким веществам, как алкоголь или никотин, отказ от кофеина не приводит к тяжелым симптомам, за исключением головной боли, как правило слабой.

В описании *DSM-IV* органическое психическое расстройство, связанное с употреблением кофеина (также именуемое ***кофеинизмом***), характеризуется беспокойством, нервозностью, возбуждением, бессонницей, мышечными подергиваниями и желудочно-кишечными расстройствами. Этими симптомами сопровождается употребление кофеинсодержащих продуктов: кофе, чая, колы или шоколада. Количество кофеина, приводящее к интоксикации, индивидуально колеблется; но потребление свыше 1 грамма кофеина может привести к мышечным подергиваниям, сердечной аритмии, ажитации и скачке мыслей, 10 граммов кофеина могут вызвать судороги, остановку дыхания и смерть.

Никотин. Ядовитый алкалоид никотин – главный активный ингредиент табака; он содержится в сигаретах, жевательном табаке, сигарах и даже используется как инсектицид.

Имеются убедительные данные в пользу существования синдрома никотиновой зависимости, который почти всегда возникает в подростковом возрасте и может переходить во взрослую жизнь как опасная для здоровья привычка, от которой трудно избавиться. В отчете главного хирурга *Surgeon General* (USDHHS, 1994) отмечается, что курильщиками являются 3,1 миллиона подростков и 25% 17–18-летних молодых людей. Синдром никотиновой абстиненции, как он назван в *DSM*-IV, возникает из-за прекращения или снижения приема никотинсодержащих веществ после приобретения индивидом физиологической зависимости от них. К диагностическим критериям никотиновой абстиненции относятся: 1) ежедневное употребление никотина в течение, как минимум, нескольких недель и 2) следующие симптомы, возникающие после прекращения или сокращения потребления никотина: тяга к никотину; раздражительность, фрустрация или гнев; тревога; неспособность сосредоточиться; беспокойство; замедленное сердцебиение; повышенный аппетит или набор веса. Никотиновая абстиненция сопровождается таким рядом явлений: пониженным уровнем метаболизма, головными болями, бессонницей, тремором, усилением кашля и ухудшением выполнения задач, требующих концентрации внимания.

пень тяжести этих реакций зависят от многих факторов, включая привычную дозу, интервалы между дозами, длительность существования пристрастия и особенно — состояние здоровья и личностные особенности человека.

Вопреки широко распространенным представлениям некоторых наркоманов, героиновая абстиненция не всегда опасна и даже не очень болезненна. Многие люди способны воздерживаться от наркотика без всякой посторонней помощи. Однако для других абстиненция может оказаться мучительным переживанием, сопровождаясь насморком, слезотечением, обильным потоотделением, беспокойством, учащенным дыханием и сильнейшей потребностью в наркотике. Со временем симптоматика может утяжелиться. В типичных случаях чувство зябкости чередуется с вазомоторными нарушениями по типу приливов и обильного потоотделения, рвотой, диареей, коликами в животе, болями в спине и конечностях, жестокой головной болью, выраженным тремором и бессонницей. При вышеперечисленных проявлениях индивид отказывается от еды и питья, что, сочетаясь с рвотой, потоотделением и диареей, приводит к обезвоживанию и потере веса. Иногда развиваются делирий, галлюцинации и маниакальная активность. Возможен сердечно-сосудистый коллапс, заканчивающийся смертью. При введении морфина субъективный дистресс, переживаемый наркоманом, временно отступает, а физиологический баланс быстро восстанавливается.

Симптомы отмены обычно длятся от нескольких дней до нескольких недель, в зависимости от выраженности привычки к никотину. Некоторые индивиды сообщают о своей тяге к никотину на протяжении нескольких месяцев после отказа от курения. В общем, симптоматика никотиновой абстиненции действует аналогично той, которая вызвана другими пристрастиями – «она ограничена во времени и ослабевает при замещении наркотика или постепенном снижении его поступления» (Hughes, Higgins & Hatsukami, 1990, p. 381).

Лечение никотиновой абстиненции. За последние три десятилетия, после того как в отчете главного хирурга *Surgeon General* была подробно охарактеризована опасность курения для здоровья, разработаны многочисленные лечебные программы, призванные помочь курильщикам бросить курить (Curry, 1993; Gruder et al., 1993; Orleans, Kristeller & Gritz, 1993). Подобные программы включают множество разных факторов, в том числе социальную поддержку; разнообразные фармакологические средства, позволяющие заменить сигареты никотином в его более безопасных формах – леденцами или жевательной резинкой; самостоятельное изменение своего поведения, на основе руководств с соответствующими рекомендациями; и профессиональное лечение с использованием таких психологических процедур, как поведенческие или когнитивно-поведенческие вмешательства.

От табачной зависимости можно успешно излечиться, и большинство программ по прекращению курения добилось определенных результатов, достигая успеха примерно в 20–25% случаев с точки зрения объективных критериев. Того же успеха позволяет добиться *терапия замещением никотина* (ТЗН). Киллен, Фортманн и коллеги (Killen, Fortmann et al., 1997) на основе исследования замещающей терапии с использованием никотинового пластыря, а также видео- и печатных материалов для самостоятельного изучения, обнаружили значительный уровень воздержания на протяжении 2 месяцев (36% против 20%, получавших плацебо). Однако после 6 месяцев этот уровень снизился до 22% и сравнялся с эффектом плацебо, то есть эффектом, полученным в контрольной выборке.

Как правило, на третий-четвертый день симптомы отмены ослабевают, а к седьмому-восьмому дню исчезают полностью. По мере ослабевания симптоматики индивид возвращается к нормальному режиму еды и питья и быстро набирает потерянный вес. Когда симптомы отмены исчезают, прежняя толерантность индивида к наркотику снижается, в результате чего он рискует получить передозировку в случае, если введет себе привычную высокую дозу.

Со временем жизнь наркомана все больше сводится к приобретению и употреблению наркотиков, так что пристрастие приводит его к социально дезадаптивному поведению, поскольку в итоге он вынужден лгать, красть и вступать в нежелательные контакты для пополнения запасов наркотика. Многие наркоманы, потворствуя своей привычке, прибегают к мелкому воровству, а женщины занимаются проституцией, чтобы заработать себе на наркотики.

Наряду с ослаблением морально-этических ограничений пристрастие к наркотикам оказывает неблагоприятное воздействие на физическое состояние индивида. Например, неадекватное питание способно подорвать здоровье и сделать человека более подверженным развитию соматической патологии. Использование нестерильных инструментов может повлечь за собой разнообразные проблемы, включая заражение вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией. Кроме того, употребление столь сильно действующих препаратов без медицинского наблюдения и государственного контроля за их действием и чистотой может закончиться передозировкой, приводящей к смертельному исходу. Введение в организм чрезмерного количества героина может привести к состоянию комы и смерти. Опрос, проведенный в ряде городов, зафиксировал рост числа смертей, вызванных употреблением героина (National institute of drug abuse, 1998), и число экстренных поступлений в стационар, связанных с передозировкой героина, которые составляли 14% от всех случаев госпитализации, связанных с наркоманией (DAWN Project, 1996). Женщины, употребляющие героин во время беременности, рискуют тяжелыми последствиями для своих детей, которые рождаются недоношенными и с уже сформировавшейся героиновой зависимостью, а также с предрасположенностью ко многим заболеваниям (Anand & Arnold, 1994; Noia et al., 1994).

Наркотическая зависимость обычно приводит к постепенному подрыву общего благополучия. Слабое здоровье и общая деградация личности, часто встречающиеся при этом состоянии, не являются следствием прямого фармакологического воздействия наркотика, но оказываются, как правило, результатом того, что наркоманы жертвуют своими деньгами, нормальным питанием, социальным положением и достоинством, отчаянно стараясь достать необходимую для них ежедневную дозу.

Причины злоупотребления опиатами и опиатной зависимости

Одним паттерном поведения не удается объяснить причину всех типов наркотической зависимости. В исследовании Фулмера и Лапидуса (Fulmer & Lapidus, 1980) установлено, что существуют три наиболее часто упоминаемые причины, по которым люди начинают употреблять героин, — удовольствие, любопытство и давление окружающих. Самой распространенной причиной (указанной 81% наркоманов) оказалось удовольствие. Существуют и другие причины наркозависимости:

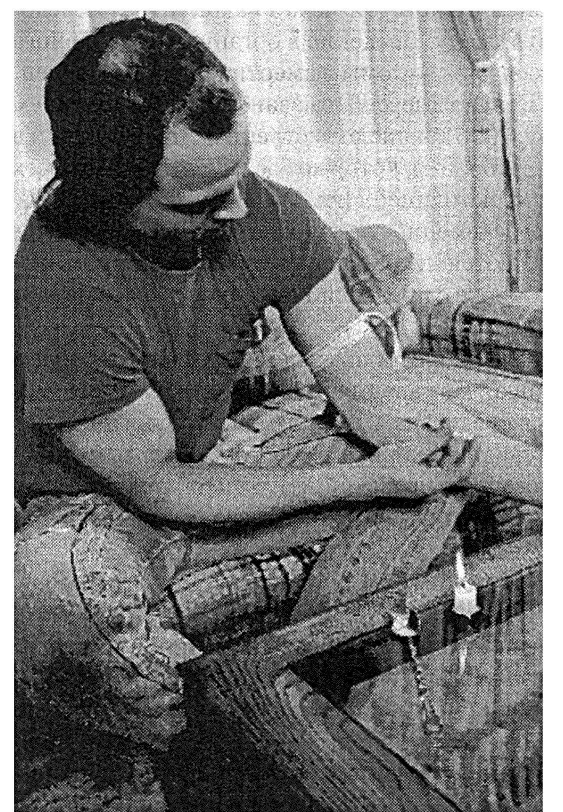
желание избежать жизненного стресса, неудовлетворительное личностное приспособление и социокультурные условия (Bry, McKeon & Pandina, 1982).

Несмотря на некоторую искусственность предложенной ниже классификации причинных факторов, она удобна для упорядочивания нашего обсуждения.

Неврологические основы физиологической зависимости. Рядом ученых были выявлены и изучены рецепторы к молекулам наркотических веществ в головном мозге (Goldstein et al., 1974; Pert & Snyder, 1973; Office of technological assessment, 1993). Эти рецепторы представляют собой особые нервные клетки, взаимодействующие с молекулами психоактивных веществ по принципу «ключа и замка». Такое взаимодействие, очевидно, приводит к воздействию лекарств и появлению пристрастия, если это наркотический препарат.

В организме человека вырабатываются собственные опиатоподобные вещества, называющиеся **эндорфинами**, обнаруживаемые в мозге в гипофизе. Они вырабатываются в ответ на определенные воздействия и, как полагают, участвуют в реакции организма на боль (Bolles & Fanselow, 1982). Некоторые исследователи считают, что эндорфины могут играть роль в развитии наркомании, и предполагают, что недостаточная их выработка способна порождать тягу к наркотическим препаратам. Изучение роли эндорфинов в наркомании в целом привело к неубедительным и разочаровывающим результатам, поэтому данное направление исследований не повлекло за собой создания каких-либо эффективных методов лечения.

Сочетание наркомании с психопатологией. Среди героиновых наркоманов была обнаружена высокая частота встречаемости асоциального личностного расстройства (Alterman, McDermott et al., 1998). При сравнении группы из 45 наркоманов-мужчин с контрольной группой Гилберт и Ломбарди (Gilbert & Lombardi, 1967) обнаружили, что отличительными признаками нар-



Внутривенное введение героина дает мгновенную эйфорию, нередко сравниваемую с сексуальным оргазмом, за которым следует период «кайфа», длящийся от 5 до 6 часов и сопровождающийся релаксацией и прострацией.

комана являлись «асоциальные черты личности; депрессия, напряженность, неуверенность, а также чувство собственной неполноценности и трудность в формировании прочных сердечных межличностных отношений» (р. 536). Мейер и Мирин (Meyer & Mirin, 1979) обнаружили, что лица с опиатной зависимостью чрезвычайно импульсивны и неспособны к отсрочке вознаграждения. Костен и Рунсавилль (Kosten & Rounsaville, 1986) сообщили о том, что примерно у 68% героиновых наркоманов были также диагностированы личностные расстройства. Однако, как и при алкоголизме, необходимо проявлять осторожность при установлении различий между личностными расстройствами до и после возникновения пристрастия; высокая частота психопатологии среди наркоманов может быть, скорее, следствием, нежели причиной долговременных эффектов зависимости.

Связь наркомании с социокультурными факторами. В нашем обществе существует так называемая наркотическая субкультура, где наркоманы могут как достать наркотики, так и защититься от общественных санкций. Очевидно, что в этой наркотической культуре задействовано большинство наркоманов. Решение присоединиться к ней может привести к важным последствиям в будущем, поскольку с этого момента индивид сосредоточит свою деятельность на исполнении роли наркомана. Короче говоря, наркомания становится образом жизни. В ходе недавнего опроса, проведенного в трех крупных городах Техаса, Мэддакс с коллегами (Maddux et al., 1994) выяснили, что незаконными потребителями наркотиков большей частью являются недоучившиеся и безработные представители национальных меньшинств.

Со временем большинство наркоманов, присоединившихся к наркотической культуре, становятся все более и более отрешенными, равнодушными к друзьям (за исключением друзей-наркоманов) и безразличными к половой жизни (Tremble et al., 1994). Они бросают учебу, уходят из спорта, у них наблюдается заметное снижение духа соперничества, отсутствие желания к чему-либо стремиться. У большинства таких наркоманов нет удовлетворительной сексуально-ролевой идентификации, и они переживают чувство неполноценности при столкновении с требованиями взрослой жизни. На фоне чувства все большей оторванности от основной культуры, их ощущение принадлежности к группе наркоманов усиливается постоянным контактом с наркотической средой; в то же время они начинают видеть в наркотиках как средство ниспровержения авторитетов и традиционных ценностей, так и способ избавиться от личных тревог и напряжения.

Лечение и исходы

На первых этапах лечение наркомании аналогично лечению алкоголизма в том смысле, что сводится к восстановлению организма как в физическом, так и в психологическом отношении, а также к помощи в переживании периода абстиненции. Наркоманы часто боятся абстинентных мучений, но в условиях стационара последние не так жестоки и обычно предполагают назначение медикаментозных препаратов, которые облегчают страдания.

По завершении периода физической абстиненции лечение фокусируется на содействии бывшему наркоману в адекватном приспособлении к жизни в его окружении и воздержании от наркотиков. Как показывает опыт, прогноз в этом отно-

шении оказывается неблагоприятным. Воздержание от героина не устраняет тяги к наркотику. Главной задачей при лечении героиновой наркомании должно быть устранение этой тяги. Один из подходов к лечению физиологической потребности в героине был впервые разработан группой исследователей из Университета Рокфеллера в Нью-Йорке. В основе их метода было использование **метадона** в сочетании с программой реабилитации (консультирование, групповая терапия и прочие процедуры), направленной на «полную социальную реабилитацию» наркоманов. Метадона гидрохлорид — синтетический наркотик, родственный героину, с аналогичной способностью вызывать физиологическую зависимость. В лечении он удобен тем, что удовлетворяет потребность наркомана в героине без нанесения серьезного психологического ущерба, но лишь до тех пор, пока применяется как «лекарство» в официальном клиническом смысле.

Исследования показали эффективность метадона для снижения героиновой зависимости (Moolchan & Hoffman, 1994; Silverman, Higgins, Brooner & Montoya, 1996), однако использование только метадоновой терапии бывает эффективным лишь для небольшого числа наркоманов. Эффективность лечения повышается при сочетании метадона с психотерапией (Woody et al., 1987). Кроме того, более поздние исследования подчеркнули важность обеспечения психосоциальной поддержки как дополнения к терапии метадоном (McLellan, Arndt et al., 1993). Некоторые наркоманы из тех, что получают метадон, увлекаются другими наркотиками, например кокаином; отсюда вытекает необходимость разработки процедур, направленных против употребления других веществ на фоне лечения героиновой зависимости (Silverman et al., 1996).

Сомнительна и практика отучения наркоманов от героина, приводящая к пристрастию к другому наркотику, который сделается для них жизненно необходимым. Однако сторонники терапии метадоном утверждают, что лица с метадоновой зависимостью могут нормально функционировать и трудиться, что невозможно для большинства героиновых наркоманов. Кроме того, метадон не запрещен законом, и его качество контролируется государственными стандартами. Также нет и необходимости повышать дозу с течением времени. Некоторые больные, в итоге, могут полностью прекратить прием метадона без риска возвращения к героину. Многие героиновые наркоманы могут получать метадоновое лечение без предварительной госпитализации, а в ходе терапии сохранять рабочие места и функционировать в семейной и социальной среде (Newman & Cates, 1977).

Усовершенствование, которому терапия метадоном подверглась за последние несколько лет, повысило ее привлекательность как метода лечения героиновых наркоманов и улучшило показатели ее применения. Успехи метадоновой терапии объясняются применением дополнительных препаратов типа клонидина (гипотензивного средства для лечения эссенциальной гипертензии и головных болей), которые способствуют процессу дезинтоксикации и снижают неприятные ощущения, связанные с симптомами отмены.

Несмотря на явные успехи такого метода борьбы с дальнейшим употреблением героина, лечиться по программе метадоновой терапии нелегко. Больным, получающим метадон, нередко приходится хранить свое участие в программе под строжайшим секретом, чтобы приспособиться к общественным правилам, сохранить

работу и даже связи с друзьями и семьями. Одним важнейшим элементом в лечении наркомании видится установление больным широкой сети социальных контактов, не связанных с наркотическими интересами, — задача, которая часто оказывается трудновыполнимой при реализации программ лечения метадоном.

Для лечения героиновой зависимости был использован новый препарат, бупренорфин. Предполагают, что он будет столь же эффективным заменителем героина, но с меньшими побочными эффектами, чем метадон (Blaine, 1992). Бупренорфин действует как частичный антагонист героина (Lewis & Walter, 1992), но вызывает «ощущения удовольствия», которым сопровождается употребление героина (Mendelson & Mello, 1992). Вместе с тем данный препарат не вызывает физическую зависимость, характерную для героина (Grant & Sonti, 1994), и прием его может быть прекращен без каких-либо тяжелых симптомов отмены. Складывается впечатление, что бупренорфин, как и метадон, лучше всего поддерживает состояние воздержания при сочетании его с поведенческой терапией (Bickel, Amass, Higgins, Badger & Esch, 1997).

Кокаин и амфетамины (стимуляторы)

В отличие от наркотиков, которые угнетают или замедляют работу центральной нервной системы, кокаин и амфетамины ее стимулируют.

Кокаин

Кокаин, как и опиум, — растительный продукт, который известен и используется с древнейших времен. Он широко применялся в доколумбовых Мексике и Перу (Guerra, 1971). В Соединенных Штатах, из-за своей традиционно высокой стоимости, кокаин много лет считался «роскошью» для богатых. Однако с ростом доступности и снижением цены употребление этого наркотика в США в 1980-х и 1990-х годах возросло настолько, что приобрело масштабы эпидемии, особенно среди групп со средними и высокими доходами.

В период между 1978 и 1995 годами значительно возросло число экстренных обращений в стационары в связи с проблемами, вызванными употреблением кокаина. В 1995 году число лиц, употреблявших кокаин, составило 27% от всех, обратившихся в приемные отделения за оказанием экстренной помощи (DAWN Survey, 1996); большинство из них нуждалось в дезинтоксикации. В Мемфисе, штат Теннесси, анализ на присутствие кокаина был положительным у 59% людей, задержанных за опасную езду.

Подобно опиатам, кокаин можно вдыхать, принимать внутрь или вводить в виде инъекций. Также как и опиаты, он приводит к состоянию эйфории длительностью от 4 до 6 часов, в течение которых человек испытывает удовольствие и чувство уверенности в себе. Однако этому состоянию могут предшествовать головные боли, головокружение и беспокойство. При хроническом злоупотреблении кокаином могут развиться симптомы острого интоксикационного психоза, включая устрашающие зрительные, слуховые и тактильные галлюцинации, похожие на те, что бывают при острой шизофрении.

В отличие от опиатов, кокаин стимулирует кору головного мозга, вызывая бессонницу и возбуждение, а также повышая и обостряя сексуальные ощущения. Кока-

иновая зависимость тоже несколько отлична от опиатной. Считалось, что толерантность при употреблении кокаина возрастает незначительно. Однако в настоящее время уже показаны острая толерантность, возможность развития определенной хронической толерантности, более стойкое привыкание (Jones, 1984). Претерпело изменения и былое представление, согласно которому у кокаинистов не развивается физиологическая зависимость. Гоуин и Клебер (Gawin & Kleber, 1986) продемонстрировали развитие у хронических кокаинистов, находящихся в состоянии абстиненции, общей для всех депрессоподобной симптоматики, которая имела преходящий характер.

Рост наших знаний о кокаине, особенно с учетом многочисленных социальных и связанных со здоровьем проблем, порождаемых зависимостью от этого вещества, привел за последние 20 лет к значительным изменениям профессиональных представлений о нем. Например, изменения, внесенные в диагностическую классификацию *DSM-IV*, отражают изменения наших познаний в отношении аддиктивных свойств кокаина. Описано новое расстройство, кокаиновая абстиненция, при которой наблюдаются симптомы депрессии, чувство усталости, нарушения сна и повышенная сонливость (Foltin & Fishman, 1997). Наркоманы, употребляющие кокаин, часто сталкиваются с серьезными психологическими и жизненными трудностями. У них чаще возникают проблемы в семье, на работе, а также психологические нарушения и конфликты с законом. Тардифф с коллегами (Tardiff et al., 1994) сообщили, что в Нью-Йорке кокаин был обнаружен в крови у 31% людей, ставших жертвами убийств. Многие проблемы, возникающие в жизни у лиц с кокаиновой зависимостью, отчасти вызваны значительными суммами, необходимыми для поддержания их привычки.

С употреблением кокаина связана повышенная сексуальная активность, часто превращающаяся в форму заработка на наркотик (Weatherby et al., 1992), а также вступления в половую связь с незнакомыми партнерами (Balshem et al., 1992). Сообщалось, что пристрастие к кокаину сопровождается расстройством сексуальных функций. Ким с коллегами (Kim et al., 1992) сообщили, что при длительном употреблении кокаина большинство наркоманов утрачивают интерес к сексу и у них развиваются сексуальные дисфункции.

Женщины, употребляющие кокаин во время беременности, подвергают своих детей риску развития как соматических, так и психических заболеваний. Несмотря на то что последние исследования говорят об отсутствии в природе кокаинового аналога алкогольного синдрома плода (Azar, 1997), дети, чьи матери употребляют кокаин, рискуют испытать на себе недостаток внимания в младенчестве, а то и вообще потерять мать. Вассерман и Левенталь (Wasserman & Leventhal, 1993) обследовали группу детей, подвергшихся воздействию кокаина, и контрольную выборку, состоявшую из нормальных детей, на протяжении 24 месяцев после их рождения. Они обнаружили, что с детьми, регулярно подвергавшимися внутриутробному воздействию наркотика, чаще обращались плохо (в 23% случаев), чем с детьми из контрольной группы (только в 4% случаев). Сегодня суды начинают занимать строгую позицию по отношению к матерям, употребляющим кокаин во время беременности и наносящим вред плоду. При разборе одного недавнего дела женщину, потерявшую плод в результате употребления кокаина, обвинили в убийстве ее

нерожденного ребенка (Associated Press, 3 декабря 1997). Она была признана виновной в непредумышленном убийстве и получила три года условно.

Лечение психологической кокаиновой зависимости мало чем отличается от лечения других наркоманий с физиологической зависимостью. Костен (Kosten, 1989) сообщил, что эффективное лечение пристрастия к кокаину включает в себя применение таких лекарственных средств, как дезипрамин и налтрексон (Kosten et al., 1992) для снижения тяги, а также психологическую терапию, призванную гарантировать соблюдение лечебного режима. В период непосредственной абстиненции необходимо бороться с депрессией и напряжением, которые часто возникают при лишении пациента наркотика.

Есть сообщения об известном успехе в лечении людей с кокаиновой зависимостью. Кэрролл, Пауэр и коллеги (Carroll, Power et al., 1993b) показали, что многим таким пациентам удавалось придерживаться лечебной тактики, и при контроле через 12 месяцев одна треть из них продолжала воздерживаться от кокаина. Отрицательные результаты были связаны с несколькими факторами: степенью злоупотребления, худшим функционированием психиатрической помощи и сопутствующим алкоголизмом. Одной из проблем, с которой сталкиваются клиницисты при работе с кокаиновыми наркоманами, является то, что лишь 42% последних выдерживают шесть или больше лечебных сессий (Kleinman et al., 1992). Еще одна проблема при лечении наркоманий заключается в том, что у многих больных с кокаиновой зависимостью имеет место тяжелое асоциальное расстройство личности — ситуация, приводящая к сопротивлению лечению (Leal, Ziedonis, & Kosten, 1994), или «личностная предрасположенность к психозу» (Kwapil, 1996). Арндт с коллегами (Arndt et al., 1994) обнаружили, что терапия меньше помогает пациентам с асоциальными личностными особенностями, тогда как те, у которых этих черт нет, достигают значительного прогресса.



Трагедию наркомании часто можно видеть на примере детей, рожденных матерями-наркоманками. У этого младенца налицо многие признаки, характерные для «детей крэка», например низкий вес при рождении.

Амфетамины

Самый первый **амфетамин** — бензедрин, или амфетамина сульфат, был синтезирован в 1927 году и в первой половине 1930-х годов продавался в аптеках как ингаляционное средство от насморка. Однако вскоре производители узнали, что некоторые покупатели делают из ингаляторов фитили и жуют их, чтобы получить «кайф». Таким образом, оказалось, что активизирующие эффекты амфетамина сульфата были открыты в народе до того, как врачи начали официально выписывать этот препарат в качестве стимулятора. В конце 1930-х годов появились два новых амфетамина: декседрин (декстроамфетамин) и метедрин (метамфетамина гидрохлорид, известный также как *«спид», то есть «скорость»*). Последний препарат — гораздо более мощный стимулятор центральной нервной системы, чем бензедрин и декседрин, а потому считается более опасным. Злоупотребление им может привести к летальному исходу.

Первоначально указанные препараты считались «чудодейственными таблетками», которые позволяют людям поддерживать высокий уровень бодрствования и временно функционировать с высокой активностью. В годы Второй мировой войны активизирующие эффекты этих препаратов привлекли внимание военных, и они применялись как в союзных, так и в германских войсках для предупреждения усталости (Jarvik, 1967). Среди гражданских лиц амфетамины столь же широко применялись людьми, работавшими в ночное время, шоферами-дальнобойщиками, студентами при подготовке к экзаменам и спортсменами, желавшими улучшить свои показатели. Выяснилось также, что амфетамины угнетают аппетит, и они приобрели популярность среди людей, стремящихся снизить вес. Кроме того, эти препараты часто применялись для снятия эффектов барбитуратов или других снотворных, принятых перед сном. Врачи активно назначали амфетамины из-за широкого спектра их применения.

В настоящее время амфетамины периодически назначаются в медицинских целях для снижения аппетита в случаях, когда желательно добиться снижения веса; при лечении нарколепсии — расстройства, при котором люди не могут справиться с постоянным засыпанием на протяжении дня, а также при лечении гиперактивных детей. Довольно любопытно, что амфетамины часто оказывают на таких детей не стимулирующий, а успокаивающий эффект (глава 14). Кроме того, амфетамины иногда назначают для устранения легкой депрессии, снятия усталости и поддержания активности в течение длительных периодов времени. Чаще же всего амфетамины, безусловно, используются ради получения приятных ощущений, а их типичными потребителями являются представители молодежи, которых интересует «кайф», вызываемый препаратом (Klee, 1998).

После утверждения «Акта о контроле над химическими веществами» от 1970 года (Drug enforcement administration, 1979) амфетамины были отнесены к Списку II, то есть к препаратам с возможно высокой вероятностью злоупотребления, которые должны отпускаться только по рецептам. Как следствие этого, медицинское применение амфетаминов в США за последние годы снизилось, так что приобрести их законным путем стало труднее. Но, как правило, их достают при помощи нелегальных источников, и потому они остаются в числе препаратов, наиболее часто оказывающихся предметом злоупотребления. В других странах, например

в Австралии, амфетамины также принадлежат к числу самых распространенных из запрещенных наркотиков (Lintzeris, Holgate & Dunlop, 1996). В середине 1990-х годов наблюдалось небольшое снижение числа экстренных обращений в стационары в связи с употреблением метамфетамина, что связано с «дефицитом» препарата, находящегося в незаконном обращении (DAWN Survey, 1996), возникшего отчасти из-за более эффективной работы полиции, перекрывшей каналы поступления.

Причины и следствия злоупотребления амфетаминами. Несмотря на свое узаконенное применение в медицинских целях, амфетамины — это не волшебный источник дополнительной психической и физической энергии, они приводят потребителей к большему расходованию собственных ресурсов — нередко до стадии опасного изнурения. Амфетамины психологически и физиологически аддиктивны, и в организме стремительно вырабатывается толерантность к ним (Wise, 1996). Поэтому пристрастившиеся потребители могут употреблять препарат в дозировках, смертельных для обычных людей. В некоторых случаях амфетамины вводят посредством инъекций, чтобы ускорить и усилить их эффект.

У человека, превышающего предписанные дозировки, употребление амфетаминов вызывает рост артериального давления, расширение зрачков, невнятность или ускоренность речи, профузное потоотделение, тремор, повышенную возбудимость, потерю аппетита, частичное затемнение сознания и бессонницу. Метедрин, при его введении в больших количествах путем инъекции, вызывает значительное повышение артериального давления, что может привести к мгновенной смерти. Хроническое злоупотребление амфетаминами может пагубно сказаться на функции центральной нервной системы и вызвать разнообразную психопатологию, включая расстройство, известное как амфетаминовый психоз, который напоминает параноидную шизофрению. Злоупотребление амфетаминами сопровождается суицидами, убийствами, изнасилованиями и другими актами насилия.

Лечение и исходы. Отмена амфетаминов обычно безопасна, но последние данные свидетельствуют о том, что физиологическое пристрастие служит фактором, который следует учитывать при лечении (Wise & Munn, 1995). Иногда резкий отход от длительного чрезмерного употребления амфетаминов может приводить к спазмам, тошноте, диарее и даже судорогам. Кроме того, острая абстиненция часто порождает ощущения усталости и депрессии. Депрессия обычно достигает своего пика через 48–72 часа; ее интенсивность зачастую не меняется в течение одного-двух дней, после чего она постепенно проходит, как правило, через несколько дней. Легкие явления депрессии и апатии могут длиться неделями и даже месяцами. При наличии мозговой патологии резидуальные последствия могут включать в себя также снижение способности к концентрации, научению и запоминанию, что влечет за собой социальную, экономическую и личностную деградацию.

Барбитураты (седативные средства)

В 1930-е годы были созданы мощные седативные препараты, названные **барбитуратами**. Хотя барбитураты официально используются в медицине, они крайне опасны и часто вызывают физиологическую и психологическую зависимость, приводя при передозировке к смертельному исходу.

Эффекты барбитуратов

В свое время врачи широко назначали барбитураты, чтобы успокоить пациентов и вызвать у них сон. Эти препараты действуют как депрессанты, напоминая алкоголь и замедляя деятельность центральной нервной системы, а также значительно снижая способность к выполнению когнитивных задач (Pickworth et al., 1997). Вскоре после приема барбитурата человек начинает испытывать чувство расслабленности, при котором возникает ощущение спада напряжения, затем наступает физическая и умственная апатия наряду с дремотным состоянием, переходящим в сон. Интенсивность этих ощущений зависит от типа и количества принятого барбитурата. Большие дозы почти немедленно вызывают сон; чрезмерные дозы смертельны, поскольку приводят к параличу дыхательного центра. Пентобарбитал, распространенный барбитурат, обладает бóльшими седативными свойствами, чем алкоголь (Mintzer, Guarino et al., 1997). Нарушение способности к принятию решений, медлительность, замедленная речь и внезапные изменения в настроении также являются обычными эффектами барбитуратов.

Чрезмерное увлечение барбитуратами ведет как к повышению толерантности, так и к физиологической и психологической зависимости. Кроме того, оно способно привести к поражению мозга и деградации личности. В отличие от опиатов, толерантность к барбитуратам не влечет за собой повышения смертельной дозы. Это означает, что потребителю ничего не стоит либо случайно либо умышленно принять препарат в количестве, которое приведет к летальному исходу.

Причины злоупотребления барбитуратами и барбитуратной зависимости

Хотя барбитураты или депрессанты употребляют многие молодые люди, у большинства из них не развивается никакой зависимости. В действительности она чаще возникает у людей среднего или пожилого возраста, которые используют барбитураты как «снотворное» и, как правило, не принимают препаратов других классов (за исключением, возможно, алкоголя и слабых транквилизаторов). Таких людей часто называют тихими наркоманами, потому что они принимают препараты тайно, дома, и обычно ничем не досаждают окружающим.

Барбитураты часто употребляют вместе с алкоголем. Некоторые люди утверждают, что могут достигать сильнейшего «кайфа» путем сочетания барбитуратов, амфетаминов и алкоголя. Однако сочетание барбитуратов с алкоголем может привести к смерти, так как каждый из двух наркотиков потенцирует (усиливает) действие другого.

Лечение и исходы

Как и при лечении других видов наркозависимости, в данном случае необходимо делать различие между барбитуратной интоксикацией, которая является результатом токсических эффектов при передозировке, и симптомами отмены, так как эти состояния требуют различных подходов к лечению. В случае барбитуратов симптомы отмены опаснее, тяжелее и длительнее, чем при отмене опиатов. Пациент в состоянии барбитуратной абстиненции становится тревожным и пугливым; у него развивается сильный тремор в конечностях и лице; дополнительная симптоматика обычно включает в себя бессонницу, слабость, тошноту, рвоту, абдоминальные

колики, учащенное сердцебиение, повышенное артериальное давление и потерю веса. Может развиться острый делириозный психоз.

У лиц, привыкших к приему больших доз препаратов, симптомы отмены могут длиться до месяца, но обычно ослабевают к концу первой недели. К счастью, симптомы отмены при увлечении барбитуратами можно уменьшить, давая больному все меньшие и меньшие дозы самого барбитурата или другого препарата с аналогичным действием. Впрочем, процесс отмены все равно остается опасным, особенно если употребление барбитуратов осложнено алкоголизмом или иной наркотической зависимостью.

ЛСД и родственные препараты (галлюциногены)

Считается, что **галлюциногены** способны вызывать галлюцинации. Однако в действительности эти препараты, как правило, не «создают» сенсорных образов, но искажают их так, что индивид видит или слышит иным и необычным способом. Эти наркотики часто называются *психоделиками*. Основными наркотиками из данной категории являются ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты), мескалин и псилоцибин. Не так давно сделался популярным и фенциклидин (*PCP*, или «ангельская пыль»). В нашем обзоре мы ограничимся главным образом ЛСД в силу его необычных галлюциногенных свойств.

ЛСД

Самым мощный галлюциноген **ЛСД** — вещество без вкуса, цвета и запаха, способное вызывать интоксикацию в количествах меньших, чем крупинка соли. Это синтетическое вещество впервые было открыто швейцарским химиком Альбертом Хоффманом в 1938 году. Хоффман не подозревал о мощных галлюцинаторных свойствах ЛСД, пока не подвергся небольшому случайному отравлению. Вот его отчет о своих впечатлениях: «В прошлую пятницу, 16 апреля 1943 года, я был вынужден прервать работу в лаборатории в разгар рабочего дня и отправиться домой, так как был охвачен странным беспокойством, сопровождавшимся легким головокружением. Дома я лег и погрузился в состояние своеобразного опьянения, которое не было неприятным и отличалось крайней активностью воображения. Пока я лежал в оцепенении, с закрытыми глазами (дневной свет казался мне неприятно ярким), на меня обрушился непрерывный поток фантастических видений необычайной подвижности и живости, сопровождавшихся интенсивной калейдоскопической игрой красок. Часа через два это состояние постепенно прошло» (Hoffman, 1971, p. 23).

Хоффман сопроводил этот опыт серией плановых наблюдений за собой под действием ЛСД, некоторые из них он описал как «мучительные». Исследователи использовали ЛСД для вызова и изучения галлюцинаторных состояний или «смоделированных психозов», которые считались близкими к шизофрении. Примерно в 1950 году ЛСД был представлен в Соединенных Штатах с целью проведения необходимых исследований и подтверждения его возможной терапевтической ценности. Однако ЛСД так и не зарекомендовал себя терапевтически полезным препаратом.

Обычно после приема ЛСД человек в течение примерно восьми часов испытывает изменения в сенсорной перцепции, колебания настроения и чувства деперсонализации и отчужденности. Ощущения под действием ЛСД не всегда приятны. Они способны нанести серьезную травму; искаженные предметы и звуки, фанта-

стические цвета и необычные мысли бывают угрожающими и пугающими. Например, один британский студент-юрист, находясь под действием ЛСД, попытался «растянуть время», для чего взял зубное сверло, чтобы просверлить себе дырку в голове (Rorvik, 1970). В других случаях люди, предпринявшие «неудачное путешествие», поджигали себя, выбрасывались из окон и принимали другие препараты, смертельные при сочетании с ЛСД.

Интересное и необычное явление может сопровождать прием ЛСД, так называемые **«обратные кадры»** — непроизвольное возвращение перцептивных искажений или галлюцинаций спустя недели или даже месяцы после приема наркотика. Обратные кадры сравнительно редко бывают у людей, принявших ЛСД лишь однажды. По данным одного исследования, эффекты воздействия ЛСД на зрительную функцию сохранялись как минимум в течение двух лет после приема наркотика. Проведя это исследование, Абрахам и Вольф (Abraham & Wolf, 1988) сообщили, что, в отличие от представителей контрольной группы, у лиц, употреблявших ЛСД на протяжении недели, было отмечено снижение световой чувствительности при адаптации к темноте, а также другие нарушения зрения.

В 1960-х годах, несмотря на возможность неблагоприятных реакций, ЛСД был широко разрекламирован и его принимали многие достаточно известные лица, которые предоставляли яркие отчеты о своих «путешествиях». Существовало также представление о способности наркотика «расширять сознание», позволяющей воспользоваться талантами и реализовать потенциалы, которые прежде оставались нераспознанными. Однако доказательства о том, что ЛСД способствует творческой деятельности, отсутствуют: ни одно из известных произведений искусства не было создано под действием наркотика или как следствие психоделического переживания. Несмотря на то что некоторые художники заявили о своей якобы повысившейся креативности в результате действия ЛСД, эксперты не обнаружили какого-либо значительного прогресса в работах этих мастеров. Следует отметить и то, что хотя у потребителей ЛСД не развивается физиологическая зависимость, известны случаи развития психологической зависимости у некоторых его заядлых любителей, которые выстраивали всю свою жизнь вокруг ощущений, вызывавшихся приемом ЛСД.

При острых психозах, вызванных отравлением ЛСД, необходима госпитализация и лечение врачом-профессионалом. Исход в таких случаях нередко зависит от состояния индивида до приема наркотика. К счастью, кратковременная психотерапия обычно бывает эффективной в лечении психологического пристрастия к ЛСД и профилактике «обратных кадров». Терапия направлена на помощь индивиду в проработке болезненных переживаний, вызванных наркотиком, и интеграции последних в собственную Я-схему.

Мескалин и псилоцибин

Два других галлюциногена: **мескалин**, который получают из маленьких дисковидных наростов (мескалиновых почек), расположенных на верхушке кактуса-пейота, и **псилоцибин**, добываемый из разнообразных «священных» мексиканских грибов, известных как *Psylocibe mexicana*. Эти наркотики веками использовались в церемониальных обрядах коренных жителей Мексики, на Юго-Западе США и Центральной и Южной Америки. Ацтеки применяли их задолго до испанского вторжения. Оба наркотика изменяют сознание и вызывают галлюцинации, но их главным эффектом

является наделение человека способностью к необычному видению, слышанию и восприятию события в целом, благодаря чему он переносится в царство «иной реальности». Как и в отношении ЛСД, нет никаких убедительных данных в пользу того, что мескалин и псилоцибин действительно «расширяют сознание» или порождают новые идеи; они, скорее, изменяют или искажают переживания.

Марихуана

Хотя **марихуану** можно отнести к легким галлюциногенам, ее эффекты значительно отличаются от эффектов ЛСД, мескалина и других галлюциногенов по своему характеру, интенсивности и длительности воздействия. Марихуану получают из листьев и соцветий *flowering tops* конопляной культуры, *Cannabis sativa*. Растение произрастает по всему миру в зонах мягкого климата, включая отдельные регионы Индии, Африки, Мексики, Южной Америки и Соединенных Штатов. В обработанном виде марихуана состоит, главным образом, из высушенных зеленых листьев — отсюда ее распространенное название: *травка*. Обычно ее выкуривают в виде сигарет (которые называют *косяками*) или в курительных трубках. В некоторых странах листья выдерживают в горячей воде, после чего жидкость выпивают, как чай. Марихуана близка к более сильному наркотику, **гашишу**, который получают из конопляной смолы, преобразуя ее в клейкий порошок. Гашиш, как и марихуану, обычно выкуривают.

Употребление марихуаны и гашиша уходит корнями в глубины истории. С коноплей были явно знакомы в древнем Китае (Blum, 1969; Culliton, 1970), она упоминается в травниках китайского императора Шан Юн, составленных приблизительно в 2737 году до н. э. До конца 1960-х годов основными потребителями марихуаны были представители меньшинств, относящихся к низшим социальным слоям, а также лица, занятые в индустрии развлечений и родственных отраслях.

Число проблем, связанных с употреблением марихуаны и требующих экстренной медицинской помощи, неуклонно растет. Начиная с 1960-х годов, потребление марихуаны в молодежных кругах резко возросло, а в начале 1970-х годов было установлено, что более половины американских тинейджеров и лиц раннего взрослого возраста имеют опыт употребления марихуаны, причем 10% из них начали потреблять ее систематически. Кэндел с коллегами (Kandel et al., 1986) сообщили, что среди 24–25-летних субъектов марихуану пробовали около 78% мужчин и 69% женщин. Последнее эпидемиологическое исследование показало, что свыше одной трети респондентов, принявших участие в национальном опросе по проблемам наркомании (17 747 человек в 1995 году), сообщило об употреблении в прошлом марихуаны (Bobashev & Anthony, 1998). По данным опроса лиц, обратившихся в стационары за экстренной помощью в связи с употреблением наркотиков (DAWN Survey, 1996), в 1994 и 1995 годах число обращений, связанных с употреблением марихуаны, превысило 17%. С 1990 года на 200% возросло и число госпитализаций. Многие из таких обращений в приемные отделения были связаны и с употреблением других наркотиков, сочетавшихся с марихуаной.

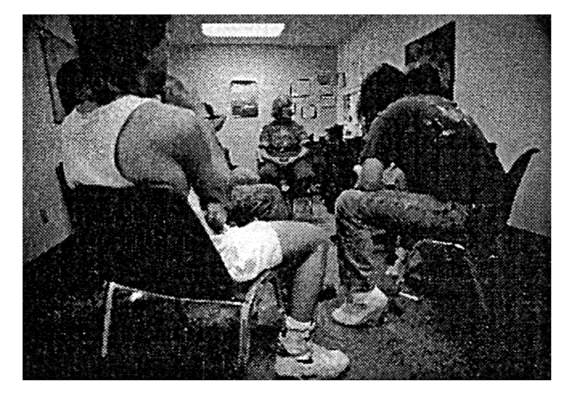
Эффекты марихуаны

Специфические эффекты марихуаны чрезвычайно разнообразны и зависят от качества и дозировки наркотика, особенностей личности и настроения потребителя, его прошлого наркотического опыта, социальной среды и ожиданий. Но люди,

постоянно употребляющие марихуану, сходятся в том, что при ее выкуривании и вдыхании наступает состояние незначительной интоксикации. Это состояние представляет собой легкую эйфорию, которая отличается улучшенным самочувствием, повышенной остротой восприятия и приятной релаксацией, часто сопровождаясь ощущением парения и блаженства. Сенсорное восприятие, как правило, обостряется. Течение времени замедляется или искажается так, что событие, длящееся не больше нескольких секунд, кажется гораздо продолжительнее. Может страдать и кратковременная память, когда человек замечает, что откусил кусок сандвича, но не помнит, как это сделал. У большинства потребителей повышается удовольствие от разного рода приятных занятий, включая сексуальные контакты. При выкуривании марихуана стремительно абсорбируется, и эффект наступает через несколько секунд или минут, но редко длится дольше двух-трех часов.

Марихуана способна вызвать и неприятные ощущения. Если человек принимает наркотик в печальном, злобном, подозрительном или боязливом настроении, то перечисленные чувства могут усилиться. При больших дозах и неустойчивости психики или восприимчивости индивидов марихуана способна вызвать сильнейшую эйфорию, веселье, болтливость, но также может породить сильную тревогу и депрессию, равно как бред, галлюцинации и другие паттерны поведения, напоминающие психоз. Имеющиеся данные (Tien & Anthony, 1990) говорят о тесной связи между ежедневным употреблением марихуаны и появлением психотической симптоматики.

К кратковременным физиологическим эффектам марихуаны относятся умеренное учащение сердечных сокращений, замедление реакции, легкое сужение зрачков, покраснение и зуд в глазах, сухость во рту и повышенный аппетит. Кроме того, марихуана вызывает нарушение памяти и замедляет обработку информации (Mathew, Wilson & Melges, 1992). Систематический прием высоких доз наркотика со временем приводит к апатии и пассивности. В подобных случаях марихуана способствует возникновению депрессии и оказывает галлюциногенное воздействие. Последствия долговременного употребления марихуаны все еще изучаются, хотя известно, что у заядлых ее потребителей возможно развитие неблагоприятных побочных эффектов. Например, употребление марихуаны приводит к снижению самоконтроля. По данным одного из недавних исследований о наркомании, в анамнезе осужденных убийц установлено, что последние чаще всего употребляли марихуану.



Групповое консультирование – распространенный метод лечения психологической наркозависимости. В процессе обсуждения, происходящего по ходу групповой терапии, наркоманы могут оценить последствия своего пристрастия и рассмотреть новые возможности для борьбы с ним.

Одна треть из них указала на употребление наркотика перед совершением убийства, а две трети ощущали на себе определенное воздействие наркотика в процессе убийства (Spunt et al., 1994).

Марихуану часто сравнивали с героином, однако у них мало общего в отношении толерантности и физиологической зависимости. В отличие от героина марихуана не приводит к физиологической зависимости, поэтому отказ от нее не сопровождается симптомами отмены. В то же время марихуана может вызывать психологическую зависимость, при которой человек испытывает сильную потребность в наркотике всегда, когда ощущает тревогу и напряжение. В действительности, по данным одного недавнего исследования, 16% всех лиц, входивших в выборку потребителей марихуаны, сообщили об абстинентоподобной симптоматике: нервозности, напряженности, нарушении сна и изменении аппетита (Weisbeck, Schukit et al., 1996).

Психологические методы лечения оказались эффективными для достижения сокращения потребления марихуаны взрослыми с развившейся зависимостью от наркотика (Zweben & O'Connell, 1992). В данном случае среди лиц с зависимостью от марихуаны, как и среди тех, кто употребляет другие аддиктивные препараты, насчитывается много индивидов с серьезным асоциальным расстройством личности или личностью «психотического склада» (Kwapil, 1996). Лечению пристрастия к марихуане препятствует возможность скрытого личностного расстройства. В одном из исследований было проведено сравнение двух методов лечения взрослых людей с развившейся зависимостью от марихуаны: метода профилактики рецидивов и метода группы поддержки (Stephens, Roffman, & Simpson, 1994). Контрольное исследование, проведенное через 12 месяцев, показало, что оба метода привели к значительному снижению потребления марихуаны и были одинаково эффективны для сохранения полученных изменений при употреблении наркотика.

Другие аддиктивные расстройства: крайнее ожирение и патологический азарт

Не все аддиктивные расстройства связаны с употреблением веществ, вызывающих зависимость. Люди могут «пристраститься» к определенным действиям, которые оказываются такими же опасными для жизни, как тяжелый алкоголизм, и социально и психологически пагубными, как наркомания. В этой главе мы рассматриваем два таких расстройства: ожирение и патологический азарт. По своим поведенческим проявлениям, этиологии и резистентности к лечению они аналогичны другим пристрастиям.

Крайнее ожирение

Чтобы оценить масштабы, которые приняла проблема ожирения, достаточно посмотреть вокруг и подсчитать число людей с избыточным весом. Если понимать под ожирением 20-процентное превышение желательного веса, то им страдают 24% мужчин и 27% женщин (Kuczmarski, 1992). Более того, ожирение оказывается стойким нарушением. Ди Пьетро, Моссберг и Станкард (DiPietro, Mossberg & Stunkard, 1994) сообщили о результатах 40-летнего наблюдения за 504 детьми с избыточным весом, большинство из которых остались тучными, когда выросли.

В нашем обзоре мы коснемся **крайнего ожирения**, часто именуемого болезненным ожирением, которое мы определяем как превышение идеального веса тела на 100 и более фунтов. Такое ожирение бывает опасным, угрожающим для жизни, оно ведет к диабету, заболеваниям опорно-двигательного аппарата, высокому артериальному давлению и другим сердечно-сосудистым заболеваниям, подвергающим человека высокому риску развития сердечного приступа. Хотя в некоторых случаях крайнее ожирение бывает вызвано метаболическими или гормональными нарушениями, большинство тучных людей потребляет калорий больше, чем сжигает.

Крайнее ожирение можно отнести к расстройствам по нескольким диагностическим категориям. Если основываться на физических изменениях, то можно рассматривать ожирение как расстройство, обладающее психологическими и физиологическими составляющими. Однако многие клиницисты видят главную проблему не в избыточном весе как таковом, а в привычке к перееданию. Поэтому ожирение, вызванное значительным, систематическим перееданием, считается более близким к нарушениям, возникающим при расстройствах личности, особенно при тех личностных проблемах, которые подразумевают потерю контроля над аппетитом (Leon et al., 1978; Orford, 1985).

Причины постоянного переедания

При сильной предвзятости общества в пользу «изящных форм», что заставляет человека объедаться, достигать состояния ожирения при четком понимании того, что это пагубно скажется на его здоровье, испортит фигуру (Sarwer et al., 1998)? Результаты проведенных исследований, несмотря на их предварительный характер, указывают, что в этом случае огромное значение имеют биологические факторы и факторы научения (Drewnowski, 1996).

Биологические факторы. Некоторые люди способны употреблять высококалорийные продукты без какой-либо значимой весовой прибавки, тогда как другие быстро полнеют и вступают в упорную борьбу за сохранение нормального веса. Большинство людей набирают вес с возрастом, но этот прирост может быть связан с понижением активности и тем обстоятельством, что у пожилых людей сохраняются прежние привычки питания, невзирая на то, что они нуждаются в меньшем количестве калорий. Кроме того, у некоторых людей бывают метаболические нарушения или изменения в эндокринной системе, способные вызвать ожирение в любом возрасте, хотя такие случаи представляются достаточно редкими.

Генетическая наследственность значительно способствует наклонности некоторых людей к полноте или, напротив, к худобе. Результаты изучения близнецов, воспитывавшихся порознь, говорят о том, что генетика играет важную роль в определении веса тела (Stunkard et al., 1990). Ожирение у взрослых связано с количеством и размером жировых клеток (Heymsfield, Allison et al., 1995). У людей, страдающих ожирением, таких клеток заметно больше, чем у тех, кто имеет нормальный вес (Peeke & Chrousos, 1995). При снижении веса уменьшаются размеры клеток, но не их количество. По некоторым данным, общее число таких клеток остается неизменным, начиная с периода детства (Grisp et al., 1970). Возможно, что избыточное кормление младенцев и маленьких детей вызывает рост числа жировых клеток и тем предрасполагает этих детей к ожирению в период взрослости.

Психосоциальные факторы. Важную роль в развитии ожирения играют не только биологические факторы (Jeffrey & French, 1996; Fairburn, Doll et al., 1998). Во многих случаях главными причинами переедания и ожирения оказываются паттерны семейного поведения. В некоторых семьях употребление богатой жирами, высококалорийной пищи или повышенное внимание к питанию могут вызвать ожирение у многих, а то и у всех членов семьи. В таких семьях здоровым считается полный ребенок, и на младенцев и детей может оказываться колоссальное давление с целью заставить их съесть больше, чем им хочется. В других семьях переедание становится привычным способом избавляться от эмоционального стресса (Musante, Costanzo, & Friedman, 1998).

Причины выраженного систематического переедания рассматриваются с позиции нескольких психологических направлений. С психоаналитической точки зрения, тучные люди фиксируются на оральной стадии психосексуального развития (Bychowski, 1950). Считается, что они выстраивают свою жизнь вокруг орального вознаграждения (состоящего в переедании) потому, что энергия их либидо и психологическое развитие не достигли более зрелого уровня. Это представление было развито Бручом (Bruch, 1973) и Шнейдером (Schneider, 1995), которые выделяют возрастное и реактивное ожирение. Бруч видел в возрастном ожирении детскую реакцию на родительское отвержение или другие серьезные недостатки в отношениях между родителями и ребенком. Предполагают, что родители компенсируют свое эмоциональное отвержение закармливанием и гиперопекой ребенка. Такие дети никогда не научаются различать отдельные внутренние сигналы, так как на все их дистрессы родители отвечают кормлением. Бруч считал, что этот паттерн ведет к искаженной перцепции внутренних состояний, когда дети не понимают, что уже наелись.

Реактивное ожирение Бруч определил как ожирение, развивающееся у взрослых в качестве реакции на травму или стресс. В данном случае считается, что переедание действует в качестве защитного механизма, призванного ослабить дистресс или депрессию. Есть данные в поддержку гипотезы о том, что многие тучные люди



Хотя биологическая отягощенность может играть важную роль в развитии ожирения и крайнего ожирения, во многих случаях их главной причиной служат паттерны семейного поведения – повышенное внимание к питанию и потребление богатой жирами, высококалорийной пищи.

страдают и другими психологическими расстройствами, в том числе депрессией. По данным одного исследования, у 26% больных, обратившихся за помощью в связи с избыточным весом, было диагностировано расстройство настроения, а у 55% такое расстройство имело место как минимум один раз в жизни (Goldsmith et al., 1992). В других исследованиях обнаружено, что поразительно большое количество людей с расстройствами питания переедали в ответ на неприятные эмоциональные состояния, например депрессивные и тревожные ощущения (Kenardy, Arnow & Agras, 1996).

С когнитивно-бихевиоральной точки зрения, набор веса и склонность к сохранению его избытка можно объяснить весьма просто, если обратиться к принципам научения (Fairburn, Doll et al., 1998). Для всех нас процесс еды частично определяется обусловленными реакциями на многочисленные стимулы окружающей среды. Например, люди побуждаются к приему пищи на вечеринках и в кино, перед телевизором и даже в процессе работы. Прием пищи подкрепляется во всех этих ситуациях, и таких стимулов избежать нелегко. В жизнь большей части американцев вторгается множество разнообразных подкрепляющих и обусловленных стимулов, которых на первый взгляд можно избежать.

Показано, что поведение тучных людей обусловливается бóльшим числом внутренних и внешних сигналов, чем людей с нормальным весом. Тревога, гнев, скука и социальные стимулы — все это может приводить к перееданию. Прием пищи в ответ на такие сигналы подкрепляется благодаря приятному вкусу съеденного и снижению напряжения у индивида. Это подкрепление повышает вероятность продолжения и усугубления переедания. Поглощение больших количеств пищи за короткие промежутки времени является значимым фактором в развитии ожирения у некоторых людей. В переедании признаются многие люди, которые прибегают к программам снижения веса (Wilson & Fairburn, 1993).

При частом переедании тучные люди, в отличие от людей с нормальным весом, могут так и не научиться реагировать на чувство «насыщения», уже не ощущая наполнения желудка. В то же время физическая активность из-за кратковременных результатов кажется скорее неприятной, не доставляет удовольствия; она не подкрепляется, особенно по мере набора веса. Поэтому тучные индивиды становятся все менее и менее подвижными.

Социокультурные факторы. У разных народов существуют различные представления о человеческой красоте. Где-то ценится стройность; где-то — округлые формы. В некоторых культурах тучность считается знаком высокого социального положения и власти. В нашем обществе, однако, ожирение скорее связывают с принадлежностью к тому или иному социальному классу: так, оно в 6 раз чаще встречается среди взрослых и в 9 раз чаще среди молодежи, принадлежащих к низшим классам (Ernst & Harlan, 1991). Избыточный вес может быть, впрочем, связан с богатой углеводами диетой, которая типична для семей из низших экономических классов. Высокому риску формирования привычки избыточного питания подвержены подростки (Sanders, Kapphahn, & Steiner, 1998). Например, Лиссо и Соренсон (Lissau & Sorenson, 1994) обнаружили, что заброшенные дети подвергаются большему риску развития ожирения в раннем подростковом возрасте, чем те, которые окружены заботой.

Лечение крайнего ожирения

Снижением веса озабочены многие американцы; существует целая индустрия, занятая выпуском литературы по диете, диетических справочников и разработкой программ снижения веса. Большая часть этих пособий и программ приводит к весьма скромным результатам (Brownell & Wadden, 1992).

Существующие программы снижения веса проводятся организациями типа Анонимных Обжор и Стражей Веса (Weiner, 1998). Они обеспечивают мощный групповой прессинг, направленный на снижение веса, когда похудание встречается общественным одобрением, а соответствующие неудачи — общественным порицанием. Такие программы предоставляют всеобщую поддержку и воодушевляют на поддержание более приемлемых пищевых привычек.

Снижения веса у больных с крайней степенью ожирения обычно удается добиться путем соблюдения постных и голодных диет под контролем врача; в некоторых исследованиях сообщается о случаях снижения веса больше чем на 100 фунтов. Однако этот метод стремительного снижения веса может повлечь за собой ряд опасных осложнений, включая гипертонию, подагру и почечную недостаточность (Munro & Duncan, 1972). Недавно Управлением США по пищевой и лекарственной продукции были изъяты из оборота диетические таблетки двух марок *Phen-Fen и Redux*, так как они даже при непродолжительном приеме вызывали болезни сердца.

Еще одним сомнительным методом лечения больных с крайней степенью ожирения стало применение лекарственных средств, снижающих аппетит. Диетические таблетки, такие как амфетамины, подавляют влечение к пище, что привело к их широкому употреблению. Между тем проблема сохранения веса на уровне, достигнутом по окончании приема таблеток, сохраняется. Диетические таблетки сами по себе нередко приводят к дополнительным проблемам. Как уже упоминалось, амфетамины являются аддиктивными препаратами и особо опасны при приеме в сочетании с другими веществами, например с алкоголем. Общая неэффективность амфетаминов при долговременном контроле над весом, в сочетании с высокой вероятностью злоупотребления ими, заставили терапевтов усомниться в целесообразности назначения этих препаратов в рамках программ снижения веса.

Крайнее ожирение представляет серьезную опасность для здоровья, приводит к гипертонии, сердечным заболеваниям, легочной недостаточности и артриту, поэтому неудивительно, что для спасения крайне тучных больных, которым не удается похудеть другими способами, приходится прибегать к радикальным мерам. Один из таких методов лечения ожирения — операция бариатрического, или желудочного, шунтирования (Benotti & Forse, 1995). Эта процедура заключается в хирургической имплантации в стенку кишечника ряда скобок с целью создания кармана (мешочка) для поглощенной пищи. Благодаря этой процедуре удается ограничить количество пищи в желудке, так как, попадая в карман, она выводится, не всасываясь в кровь. Хотя эта операция сразу же приводит к значительному снижению веса (на 40–60%), она имеет ряд негативных побочных эффектов, включая развитие желчекаменной болезни, нарушение обмена веществ и проблемы, связанные со стилем жизни. Более того: многие больные продолжают употреблять избыточное количество пищи и после оперативного вмешательства (Kalarchian, Wilson et al., 1998), благодаря чему за 18 месяцев восстанавливают прежний вес (Hsu, Benotti et al., 1998).

Наиболее эффективным психологическим лечением крайних форм ожирения являются методы поведенческого контроля. Методами с использованием позитивного подкрепления, самомониторинга и самонаграждения со временем удается добиться умеренного снижения веса (Agras, Telch et al., 1997). Данные процедуры, основанные на позитивном подкреплении, оказываются эффективнее процедур классического обусловливания, например аверсивного, при котором прием пищи сочетают с шоками или неприятными мыслями. Получены многочисленные данные в поддержку лечения ожирения при помощи когнитивно-бихевиоральных методов (Carter & Fairburn, 1998; Wilson & Fairburn, 1993). В двух недавних исследованиях показано, что высокомотивированные люди способны снижать свой вес и поддерживать его на достигнутом уровне (Klem, Wing et al., 1997; Tinker & Tucker, 1997). В ходе этих исследований у пациентов обнаруживались серьезные основания к снижению веса, например соматические заболевания, усугубляемые ожирением (варикозная болезнь), или озабоченность своей внешностью. Они сумели снизить свой вес при помощи диеты и гимнастики в рамках долгосрочной программы снижения веса.

Однако не все тучные люди имеют мотивацию к снижению веса по системе поведенческого контроля. Наличие огромного числа данных свидетельствует, что с помощью большинства методов не удается добиться потери веса (Garner & Wooley, 1991). Люди с избыточным весом, которые соблюдают диету с выраженным низким содержанием калорий, приводящую к резкому похуданию, впоследствии восстанавливают прежний и даже набирают еще больший вес, чем те, кто придерживается программы постепенного его снижения (сбалансированной диеты) (Wadden, Foster & Letizia, 1994). Поддержание высокого, но стабильного веса предпочтительнее весовых колебаний, к которым обычно приводит большинство лечебных и диетических программ (Garner & Wooley, 1991).

Лечение больных с крайней степенью ожирения часто сопровождается трудностями и разочарованиями для всех заинтересованных сторон. Неудачи, отчасти связанные с недостаточной мотивацией, чрезвычайно часты даже при использовании наиболее эффективных методов лечения.

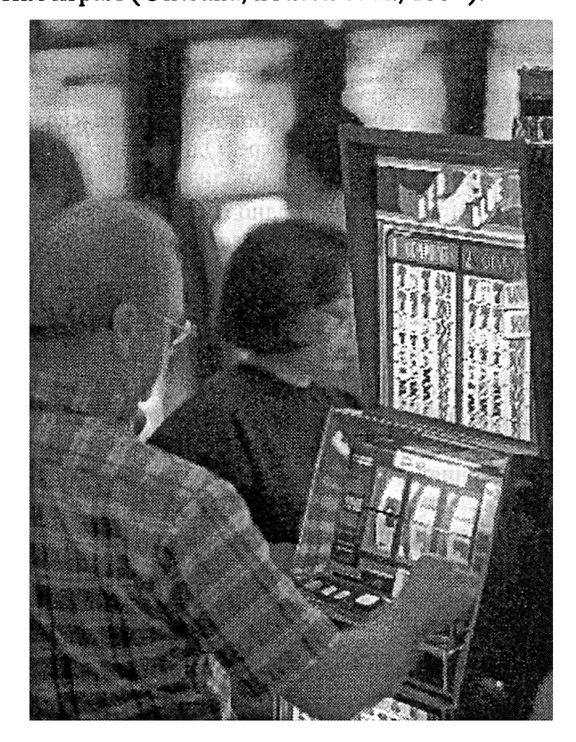
Влияние неудач при выполнении лечебных программ по снижению веса. Большинство тучных больных, обращающихся за профессиональной помощью, уже имеют опыт неудач при следовании многочисленным диетам и часто переживают эффект «русских горок» вместо стабилизации более низкого и желательного веса. Эффект колебаний веса, столь характерный для большинства лечебных программ, побудил некоторых видных ученых пересмотреть их задачи с целью предотвращения подобных эффектов и негативных самооценок. Таким самооценкам часто предаются индивиды, имеющие грандиозные намерения и большие ожидания в начале программы только затем, чтобы потерпеть неудачу и выглядеть «неудачниками» в своих собственных и чужих глазах. Люди с избыточным весом способны испытывать сильнейшее чувство стыда и несостоятельности, так как пытались похудеть много раз и перепробовали множество диет, но неизменно терпели поражение или вновь набирали вес спустя короткое время после окончания программы. Браунелл и Уодден (Brownell & Wadden, 1992) обнаружили, что их пациенты в среднем 5 раз пытались придерживаться крупных диетических программ, в ходе которых теряли (и в итоге вновь набирали) по 56 кг, или 123,2 фунта. Авторы пред-

ложили иную модель снижения веса, которая подразумевает установление «разумного», реально достижимого уровня, возможно, несколько отличающегося от желаемого, но более вероятного, который будет легче поддерживать при помощи гимнастики и диеты с низким содержанием жиров.

Патологический азарт

История и антропология показывают, что азартные игры велись и ведутся почти повсеместно и при любых социальных формациях. В настоящее время в Соединенных Штатах, в условиях легализации и широкой поддержки государственных игорных заведений, возрастают проблемы, связанные с патологическим азартом (Politzer, Yesalis & Hudak, 1992; Volberg, 1994). **Патологический азарт,** известный также как *компульсивное участие в азартных играх*, представляет собой прогрессирующее расстройство, характеризующееся постоянным или периодическим отсутствием контроля над азартом; поглощенностью игрой и добыванием денег ради игры; иррациональное поведение и продолжение игры, невзирая на неприятные последствия (Rosenthal, 1992). Установлено, что в США патологические игроки составляют от 1,2 до 2,3% от взрослого населения (Volberg, 1990; Volberg & Steadman, 1989). Миллер и Вестермейер (Miller & Westermeyer, 1996) обнаружили, что больные — подопечные Ведомства по делам ветеранов — оказывались заядлыми игроками в 10 раз чаще, чем в среднем по стране. Патологическому азарту подвержены и мужчины и женщины. В одном недавнем исследовании, касавшемся заядлых любителей игровых автоматов, не было выявлено никаких гендерных различий между людьми, пристрастившимися к этим играм (Ohtsuka, Bruton et al., 1997).

Хотя патологический азарт не сопровождается употреблением аддиктивных химических веществ, его можно считать аддиктивным расстройством из-за личностных факторов, которыми отличаются патологические игроки; проблем, возникающих в результате участия в азартных играх, а также трудностей лечения. Патологический азарт, как и другие пристрастия, сопровождается поведением, которое поддерживается мимолетной удачей и не учитывает длительного разрушения жизни индивида.



В последние годы в США участились случаи патологического азарта, вызванные блеском и притягательностью легализованных казино.

Клиническая картина при патологическом азарте

Азартные игры в нашем обществе принимают разные формы, включая казино и рулетку, игры на тотализаторе (легальные и нелегальные), игры с числами, лотереи, кости, бинго и карты. Точные суммы, которые проходят через руки в ходе легальных и нелегальных азартных игр, неизвестны, но установлено, что в США заядлые игроки ежегодно проигрывают свыше 20 миллиардов долларов.

В широком смысле слова, к азартным играм можно отнести даже игру на фондовой бирже. В любом варианте игра — это одна из главных форм проведения досуга, и приблизительно половина населения в то или иное время во что-нибудь играет, начиная от субботнего покера и заканчивая заключением пари на исходы спортивных состязаний. Как правило, такие игры бывают безобидными развлечениями. Индивид делает ставку и ждет результата. Выиграл он, проиграл ли, игра закончена. Большинству людей удается играть и продолжать жить обычной жизнью, но у 6–10 миллионов американцев проявляется патологический азарт. В этом отношении показателен следующий случай.

Разбор случая: компульсивный игрок. Джон был симпатичным 40-летним мужчиной, уже начавшим седеть; отец передал ему руководство агентством по продаже автомобилей. В последние два года Джон все больше пренебрегал работой и глубоко влез в долги из-за пристрастия к азартным играм. Он сделался завзятым игроком, когда ему исполнилось 20 лет. Из-за игры его первый брак был отмечен частыми ссорами, пока не распался окончательно. Джон женился вторично, ничего не сказав новой жене о своей проблеме, но в итоге отношения стали складываться так плохо, что жена его бросила.

Джон вступил в группу встреч, надеясь, что это поможет ему разобраться с проблемами. На первых занятиях группы он показал себя интеллигентным, хорошо образованным человеком, который, казалось, осознавал наличие у себя патологического азарта и его разрушительную природу. Джон заявил, что начал играть после выигрыша на скачках. Этот опыт убедил его в возможности повысить свои доходы благодаря благоразумной игре. Однако последовавшие игры — покер ночами напролет, поездки в Лас-Вегас и тотализатор почти всегда заканчивались тяжелыми потерями.

В группе Джон свободно и толково рассказывал о своем пристрастии, откровенно признаваясь, что возбуждение от игры доставляло ему большее удовольствие, чем сексуальные отношения с женой. В действительности он был рад распаду семьи, так как это освободило его от ответственности и сняло вину за пренебрежение близкими. Джон признавал, что его чувства и поведение неадекватны и ведут к краху, но утверждал, что он «болен» и отчаянно нуждается в помощи.

Вскоре стало ясно, что Джон не был готов предпринять конструктивные шаги, чтобы избавиться от своей проблемы, хотя он и охотно говорил о ней. Ему хотелось, чтобы группа приняла его в роли патологического игрока, от которого нельзя ждать «самоизлечения». По совету группы он посетил несколько собраний Анонимных Игроков, но посчитал, что «все это его не касается», а аверсивная терапия не поможет ему.

Посещая занятия в группе, Джон явно продолжал играть и проигрывать. После восьмой сессии он покинул группу. Один из членов группы узнал, что Джона арестовали за растрату денег отца, но обвинение в дальнейшем было снято. Говорили, что после этого Джон переехал в другой штат. Его дальнейшая судьба неизвестна.

Независимо от ситуации, в которой оказывается игрок, компульсивное участие в азартных играх серьезно вредит социальному, психологическому и эконо-

мическому благополучию его семьи (Lorenz & Shuttlesworth, 1983). Значительная часть игроков, у которых проявляется патологический азарт, идет на преступления, спровоцированные игрой (Blaszcynski, McConaghy & Frankova, 1989).

Причины патологического азарта

Патологический азарт мало подвергался систематическому изучению, и причины его пока не до конца понятны. Возможно, патологический азарт представляет собой стойкий неослабевающий заученный паттерн. Как видно из описанного случая с Джоном, многие люди, превращающиеся в патологических игроков, начинают играть после того, как выигрывают крупную сумму денег; сама случайность диктует, что какая-то часть людей окажется «новичками-везунчиками». Подкрепление, получаемое индивидом в этой начальной фазе, может быть важным фактором для последующего развития патологического азарта. Поскольку время от времени выигрывают все, постольку упорную игру (если не учитывать крупные проигрыши) можно объяснить прерывистым подкреплением, самым мощным режимом подкрепления при оперантном обусловливании (глава 3).

Невзирая на лишь незначительные шансы добиться первоначального успеха, компульсивные игроки продолжают играть, охваченные алчностью. Стремясь достать необходимую сумму денег для удовлетворения своей страсти, они часто растрачивают сбережения, забывают о семьях, не платят по счетам и занимают деньги у друзей и в ссудно-кредитных компаниях. Все это может привести к растрате, подделке чеков или другим незаконным средствам добывания денег в уверенности, что счастье им улыбнется и они смогут возместить все, что взяли. Если обычно люди рассматривают азартные игры как занятие неэтичное и деструктивное, то сами азартные игроки кажутся себе идущими на «рассчитанный риск» с целью создания доходного бизнеса. Нередко они испытывают одиночество и негодуют на окружающих, которые не понимают их действий.

В серьезном и хорошо аргументированном исследовании, касавшемся игроков с патологическим азартом, Ростен (Rosten, 1961) открыл, что последние отличаются непокорным, чуждым условностям нравом, не до конца осознавая общественные этические нормы. Половина группы азартных игроков, входивших в данное исследование, описала себя «людьми, ненавидящими правила». Из 30 мужчин, участвовавших в исследовании, 12 отсидели срок за растрату и другие преступления, напрямую связанные с участием в азартных играх. Ростен обнаружил, что эти мужчины отличались нереалистичным мышлением и тяготели к поиску острых ощущений. По собственным словам этих игроков, им «нравилось возбуждение», они «стремились совершить неординарный поступок». Несмотря на понимание объективной практически полной невозможности достичь успеха в игре, игроки не связывали эти соображения с собой. У них часто возникало непоколебимое чувство, что «сегодня мой день»; они также попадались на так называемую уловку Монте-Карло — надежду на везение, которое непременно наступит после многочисленных неудач. Многие игроки рассказывали о фантазиях, до которых они доходили, обманывая себя продуманной рационализацией. Например, один игрок указывал, что его рассчитанные и хорошо продуманные действия учитывали все возможные непредвиденные обстоятельства: «Если я бывал на коне,

я мог играть, потому что играл на чужие деньги. Когда я проигрывал, мне приходилось расплачиваться, и я расплачивался, ничего не теряя» (Rosten, 1961, p. 67). Интересно отметить, что через несколько месяцев после завершения исследования Ростеном 13 из 30 азартных игроков либо вновь окунулись в игру, либо начали пить, либо не подавали о себе никаких известий, что дает основание предположить, что они тоже вернулись к азартным играм. Результаты последующих исследований убедительно подтвердили данные Ростена. Игроки с патологическим азартом предстают в них незрелыми, непокорными, ищущими острых ощущений, суеверными и изначально психопатическими людьми (Bolen & Boyd, 1968; Custer, 1982; Graham, 1978a). Наиболее емкое исследование предпринял Ливингстон (Livingston, 1974), который наблюдал, интервьюировал и провел тестирование 55 мужчин, главным образом рабочих, которые вступили в общество Анонимных Игроков. Ливингстон пришел к выводу, что эти люди часто ссылались на свою «незрелость в прошлом», когда объясняли, почему они участвовали в азартных играх. Им также казалось, что они обладают «большим эго» и признавались в сильной потребности в признании окружающими. Несмотря на то что в начале увлечения азартными играми этим людям обычно удавалось покрыть проигрыши, они продолжали катиться по наклонной плоскости, и дело кончалось финансовыми, супружескими, профессиональными и часто юридическими неприятностями. В результате ситуация настолько ухудшалась, что казалось, будто выйти из затруднений можно единственным способом: ввергнуться в них, то есть продолжить игру.

Для понимания проблем, связанных с патологическим азартом, важную роль играют особенности культуры. Данные, полученные при изучении иммигрантов, прибывших из Юго-Восточной Азии, наглядно показывают влияние культуры на игорную деятельность. Патологический азарт является серьезной проблемой среди иммигрантов из Юго-Восточной Азии, особенно из Лаоса. Опросы показали, что среди участников азартных игр число людей, страдающих душевным расстройством, приняло едва ли не эпидемический размах (Aronoff, 1987; Canju & Quan, 1987).Так, Аронофф (Aronoff, 1987) сообщил, что 54% опрошенных игроков из Лаоса указали, что азартные игры представляют для них серьезную проблему. Этот факт значительно затрудняет адаптацию иммигрантов, так как растрата и без того ограниченных материальных ресурсов (в том числе продовольственных талонов) усугубляет стресс, связанный с тяготами приспособления к чужой культуре.

Проблемы патологического азарта не новы для выходцев из Юго-Восточной Азии, так как известно, что азартные игры обычны для их родной культуры. Однако они явно усугубляются и приобретают больший размах в Соединенных Штатах. Этот факт может иметь несколько причин: 1) отсутствуют социальные санкции, позволяющие контролировать чрезмерное увлечение азартными играми в странах Юго-Восточной Азии; 2) иммигранты находятся в состоянии стресса, в то время как игры временно снимают с них груз забот (многие из них признаются, что в своих «казино» они, пусть на время, чувствуют себя дома); 3) многие иммигранты не могут найти работу, так что игры помогают им провести время; и 4) азартные игры рассматриваются ими как возможность разбогатеть и возместить все потери, связанные с переменой жительства (Ganju & Quan, 1987).

Лечение и исходы

Лечение игроков с патологическим азартом проводится по тем же направлениям, что и лечение других аддиктивных расстройств, и чаще всего используется когнитивно-поведенческая терапия (Viets, Lopez & Miller, 1997). В одном недавнем исследовании азартных игроков подвергали когнитивному и поведенческому лечению в связи с нарушенным контролем импульсов. Сильвен, Ладусёр и Буавер (Sylvain, Ladouceur & Boisvert, 1997) использовали методы когнитивно-поведенческой терапии в работе с 58 патологически азартными игроками, найденными через средства массовой информации. Несмотря на то что 18 участников выбыли с самого начала, а еще 11 — по ходу терапии, у оставшихся пациентов было отмечено значительное улучшение. Из тех, кто прошел терапию до конца, 86% через год наблюдения перестали считаться игроками с патологическим азартом.

Некоторым азартным игрокам, желающим изменить образ жизни, помогает участие в обществе Анонимных Игроков. Эта организация была основана в 1957 году в Лос-Анджелесе двумя игроками, которые помогали друг другу контролировать свое участие в играх с помощью бесед о собственных переживаниях. С тех пор в большинстве крупных городов Америки были организованы аналогичные группы. Они построены по типу общества Анонимных Алкоголиков. Общество возлагает на своих членов за участие в азартных играх личную ответственность. Единственным требованием к ним является желание прекратить играть. В ходе дискуссий члены группы делятся своим опытом и стараются понять иррациональность своего поведения и осознать его неизбежные последствия. Как и в обществе Анонимных Алкоголиков, они стараются помочь друг другу сохранять контроль над собой и предотвращать возможные срывы. К сожалению, лишь незначительное число игроков с патологическим пристрастием к азартным играм приходит в эту организацию. Только одному из десяти членов общества удается преодолеть болезненное пристрастие к игре (Strine, 1971).

Новая программа стационарного лечения азартных игроков была разработана в Бреквилле, штат Огайо, в медицинском центре Управления по делам ветеранов (1981). Эта лечебная программа, продолжающаяся как минимум 28 дней, сочетается с программой лечения алкоголизма. Для игроков зарезервированы 5 стационарных коек в отделении, рассчитанном на 55 пациентов. Алкоголики и игроки находятся вместе и лечатся по похожим программам, так как их проблемы представляются близкими. Цель лечения игроков состоит в воздержании от участия в азартных играх, серьезных изменениях в стиле жизни, участии в программах Анонимных Игроков и научении другим формам проведения досуга.

В Соединенных Штатах патологическое пристрастие к азартным играм находится на подъеме (Custer, 1982). С целью повышения налоговых сборов законодательная либерализация игорного бизнеса разрешила государственные лотереи, скачки и казино. В условиях столь явной внешней поддержки и разрешения на проведение азартных игр патологический азарт будет нарастать, по мере того как все больше и больше людей захотят «попытать своего счастья». По мере возрастания проблемы и с учетом отсутствия желания большинства игроков избавиться от пристрастия к играм, а также трудностей самого лечения, в будущем, вероятно, придется умножить усилия, направленные на разработку более эффективных профилактических и лечебных подходов.

Нерешенные проблемы:

Генетика алкоголизма

Возникновение проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, неоднократно ставило ученых в тупик. В различные периоды нашей истории преобладали те или иные мнения по этому поводу. В определенные период считалось, что главную роль в формировании пристрастия к алкоголю играют социокультурные факторы (включая греховность и деградацию личности). Однако один лейтмотив звучал неизменно: некоторые индивиды больше других расположены к развитию алкоголизма. Связано ли это с генетической предрасположенностью? Рядом ученых была продемонстрирована значимость генетических факторов для его развития (Plomin et al., 1997).

Сегодня многие эксперты сходятся в том, что генетика играет важную роль в развитии предрасположенности к аддиктивной силе наркотиков, подобных алкоголю (Gardner, 1997; Koob & Nestler, 1997; Hyman, 1994). Исследования показали, что можно выводить линии мышей с повышенной восприимчивостью к алкоголю или предпочитающих его (Hyman, 1994). Люди, как и мыши, значительно различаются в своих алкогольных предпочтениях: кому-то он нравится изначально, кому-то — нет. По данным ряда исследований, для некоторых людей, например для детей алкоголиков, существует высокий риск возникновения проблем алкоголизма в силу внутренней мотивации или восприимчивости к наркотику (Conrod, Pihl & Vassileva, 1998).

Изучение детей алкоголиков, усыновленных другими (не страдающих данным недугом) семьями, также предоставило полезную информацию, касающуюся генетики алкоголизма. Исследованиями были проведены с теми детьми алкоголиков, которых усыновили в ранние годы жизни и которые благодаря этому не испытали на себе влияния своих кровных родителей. Так, Гудвин с коллегами (Goodwin et al., 1973) установили, что у детей, родившихся от родителей-алкоголиков и усыновленных людьми, не страдающими алкоголизмом, к 30-летнему возрасту проблемы с употреблением спиртных напитков развивались почти в 2 раза чаще, чем у приемных детей из контрольной группы, чьи настоящие родители не были алкоголиками. В другом исследовании Гудвин с коллегами (Goodwin et al., 1974) сравнили мальчиков, родившихся от родителей-алкоголиков и в младенческом возрасте усыновленных людьми, не страдавшими алкоголизмом, с теми, кого воспитывали родные родители-алкоголики. Алкоголизм впоследствии развивался и у приемных, и у родных детей — в 25 и 17% случаев соответственно. Исследователи пришли к выводу, что риск развития алкоголизма больше связан с рождением от родителей-алкоголиков, чем от проводимого родителями воспитания.

Другая группа исследователей попыталась установить наличие у индивидов с генетическим «риском» развития алкоголизма, например у детей алкоголиков, признаки предрасположенности к нему (McGue, Pickens & Svikis, 1992). Сниженная интенсивность субъективных ощущений при интоксикации, небольшие нарушения двигательной активности, а также слабое пошатывание после приема алкоголя относятся к факторам повышенного риска развития алкоголизма. Наряду с поведенческими показателями, у людей со склонностью к алкогольным расстройствам после приема малых доз алкоголя повышается содержание пролактина (гор-

мона гипофиза). Изучение этих факторов предрасположенности к алкоголизму обычно подразумевает наличие выборки высоковосприимчивых индивидов, таких как дети алкоголиков, и контрольной выборки, позволяющих определить их отличие по одному или нескольким факторам риска. Исследование, проведенное Шукитом и Гоулдом (Schukit & Gould, 1988), показало, что у детей алкоголиков показатели восприимчивости к спиртному значительно отличаются от таковых у контрольной группы субъектов. Дальнейшие доказательства генетической основы алкоголизма были получены в ходе поиска фундаментальных механизмов наследственной его передачи и восприимчивости к алкоголю. Хоффман и Табаков (Hoffman & Tabakoff, 1996) предположили, что изменения в рецепторах нейронов, вызванные воздействием алкоголя, играют роль в развитии толерантности и алкогольной зависимости. Они полагают, что снижение уровня допамина в состоянии абстиненции предрасполагает к началу или продолжению приема спиртного. Однако аналогичная связь не была показана для дочерей алкоголиков (McGue, 1998).

Данные, свидетельствующие о генетической основе алкоголизма, продолжают оспариваться, и ряд ученых отрицают главенствующую роль генетических факторов в его развитии. Сомнение в роли генетических факторов при злоупотреблении химическими веществами у некоторых ученых основано на том, что такая предрасположенность сильнее проявляются у мужчин, чем у женщин (Merikangas & Swendsen, 1997). Сирлз (Searles, 1991) указывает на неоднозначность данных о генетике алкоголизма и предостерегает от интерпретации генетики в качестве основной причины его развития. Отрицательные результаты были получены как в ходе исследований с участием приемных детей, так и при наблюдении за поведением индивидов из группы высокого риска. Очевидно, что подавляющее большинство детей, чьи родители страдали алкоголизмом, не становятся алкоголиками независимо от того, кем они воспитываются. Случаи успешного социального приспособления детей, чьи родители были алкоголиками, изучены недостаточно. В одном исследовании с участием таких индивидов из группы высокого риска была предпринята попытка выявления психопатологической симптоматики в группе молодых людей 19–20 лет, у которых развитие алкоголизма казалось высоковероятным. Шульзингер с коллегами (Schulsinger et al., 1986) не нашли у них никаких отличий от контрольной, сходной с общей популяцией выборкой, которые касались психопатологии и злоупотребления алкоголем. В другом исследовании Альтерману, Сирлзу и Холлу (Alterman, Searles, & Hall, 1989) не удалось найти различий в употреблении спиртного и алкогольной симптоматике между группой субъектов с высоким риском развития алкоголизма (отцы которых были алкоголиками) и группой субъектов с невысоким риском.

Несмотря на многие факты, подтверждающие значение генетических факторов в развитии пристрастия к алкоголю, их роль в этиологии алкоголизма нам неизвестна. Имеющиеся данные свидетельствуют о генетической предрасположенности как определяющей причине или о возможности ее участия в развитии алкоголизма посредством сочетания с конституциональными переменными (например, с восприимчивостью к воздействию алкоголя). Таким образом, конституциональная предрасположенность к алкоголизму может быть как врожденного, так и приобретенного характера. Неизвестно, влияют ли на индивидуальную предрасположен-

ность к алкоголю и особенности обмена веществ, например нарушение гормонального статуса или ферментативной активности.

В настоящее время генетическая гипотеза развития алкоголизма представляется по-прежнему привлекательной, однако для убежденности в ее правильности необходимо предпринять дополнительные исследования. Маловероятно, чтобы только генетической предрасположенностью удалось объяснить весь широкий спектр проблем, связанных с алкоголизмом и наркоманией. Социальные условия, обеспечивающие как доступность алкоголя и других наркотиков, так и мотивацию к их употреблению, по-прежнему считаются мощным стимулом возникновения наркомании и алкоголизма. Мак-Гью (McGue, 1998) отметил, что механизмы генетического влияния следует считать, скорее, сочетающимися, чем конкурирующими с психологическими и социальными детерминантами этого расстройства.

Резюме

Аддиктивные расстройства — алкоголизм и наркомания, переедание и патологический азарт, — наиболее распространенные и не поддающиеся лечению психические расстройства, с которыми мы сталкиваемся сегодня. Алкоголизм и наркоманию можно рассматривать как органические психические расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ, или как расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивными веществами и химической зависимостью. Многие проблемы при алкоголизме и наркомании связаны исключительно с токсическим воздействием соответствующих веществ. Зависимость развивается, когда у индивида возникает толерантность к веществу или явления абстиненции при его отсутствии. Выделяют несколько разновидностей психозов, связанных с алкоголизмом: идиосинкратическая интоксикация; делирий, вызванный алкогольной абстиненцией; хронический алкогольный галлюциноз и алкогольная деменция.

Расстройства, связанные с наркоманией, могут сопровождаться физиологической зависимостью от различных веществ, например опиатов, особенно героина, и барбитуратов; однако все современные наркотики могут вызывать и психологическую зависимость, например марихуана и кокаин.

Считается, что в этиологии алкоголизма играют роль многие факторы. Некоторые вещества, подобные алкоголю или опиуму, стимулируют мозговые центры, ответственные за ощущение эйфории, которая, таким образом, становится желательной целью. Существует широко распространенное мнение о том, что генетические факторы могут играть роль в создании химической восприимчивости посредством регулирования уровня метаболизма и чувствительности к алкоголю. Кроме того, важными этиологическими элементами при алкогольных расстройствах являются психологические факторы: психологическая ранимость, стресс и желание снять напряжение, а также супружеские и прочие отношения. Хотя большинство ученых отрицают существование «алкоголического типа личности», многие личностные факторы, несомненно, играют важную роль в развитии и проявлении аддиктивных расстройств. Наконец, социокультурные факторы, такие как отношение к алкоголю в различных культурах, также способны предрасполагать человека к алкоголизму.

К возможным причинам наркомании относится влияние окружения, существование так называемой наркотической культуры и доступность наркотиков как

средств для снижения напряжения или облегчения боли. В некоторых исследованиях последних лет была изучена возможная физиологическая основа наркомании. Открытие эндорфинов, морфиноподобных веществ, вырабатываемых организмом, породило гипотезы о возможном существовании биохимической основы наркомании. В качестве возможной анатомической основы аддиктивных расстройств большое внимание в последние годы привлекает так называемый «проводник наслаждения» — мезокортиколимбический допаминовый проводящий путь (МКЛП).

Лечение алкоголиков и наркоманов протекает трудно и часто заканчивается неудачей. Этот прогноз можно объяснить многими причинами: наркомания способна быть отражением застарелых психологических проблем; возможна причастность к расстройству межличностного и супружеского дистресса; могут иметь место осложнения финансового и юридического порядка. Кроме того, поиск выхода из создавшегося положения приходится искать в сотрудничестве с индивидом, который отрицает наличие проблем и не мотивирован к их разрешению.

Для лечения хронических алкоголиков и наркоманов был разработан целый ряд подходов. Иногда ситуация требует биологического, или врачебного вмешательства: например, медикаментозного лечения симптомов отмены и делирия, вызванного абстиненцией, а также диетологической оценки и лечения в связи с неадекватным питанием. Некоторым алкоголикам и наркоманам удается помочь при помощи тех или иных видов психологической терапии, включая групповую терапию и поведенческие вмешательства. Есть еще одна структура, способная помочь алкоголикам, — сообщество Анонимных Алкоголиков, эффективность программы которого изучена недостаточно.

Большинство лечебных программ оказываются достаточно эффективными при первичном «излечении» аддиктивных расстройств, но со временем показатели их успешности снижаются. Последние исследования, посвященные профилактике рецидивов, позволили по-новому взглянуть на проблемы самоконтроля при уже состоявшемся ограничении аддиктивных паттернов поведения. Таким образом, в частности, предполагается доводить до сознания индивидов факторы, способные привести к рецидиву, и подготавливать их к борьбе с такими срывами. Большинство лечебных программ требует полного воздержания от употребления алкоголя, однако за последние 20 лет было установлено, что некоторые алкоголики способны контролировать потребление спиртного в социально приемлемых нормах. Дискуссии вокруг допустимости контролируемого употребления спиртных напитков продолжаются в настоящее время.

Не все аддиктивные расстройства связаны с употреблением веществ, подобных алкоголю и наркотикам. Некоторые люди подвергают свое здоровье опасности чрезмерным питанием. Другие настолько увлекаются азартными играми, что рискуют разбить свою жизнь и лишиться семьи. Эти расстройства — крайнее ожирение и патологический азарт — связаны со многими психологическими механизмами, аналогичными тем, которые, по-видимому, являются основой хронического алкоголизма и наркомании. Подходы к лечению, оказавшиеся эффективными при алкоголизме и наркомании, были действенными и при лечении тучных пациентов и патологических игроков. Лечение последних также осложняется многочисленными трудностями, прежде всего зависящими от восприимчивости азартных игроков к проводимой терапии и возможным рецидивам.

ГЛАВА 11

Сексуальные отклонения, злоупотребления и дисфункции

Наше счастье во многом зависит от любви и сексуальной удовлетворенности, и если мы лишены таких отношений, то тратим на их поиски огромное количество времени, сил и эмоциональной энергии. Сексуальность занимает центральное место в нашей жизни, влияя на выбор возлюбленных и супругов, а также на гармонию отношений с ними и с самими собой.

В этой главе мы сначала обратимся к психологическим проблемам, из-за которых некоторым людям, в подавляющем большинстве — мужчинам, бывает особенно трудно состояться в сексуальном плане, так как у них развиваются необычные сексуальные интересы, нелегко удовлетворяемые социально приемлемыми способами. Эксгибиционисты, например, испытывают сексуальное возбуждение при демонстрации своих гениталий незнакомым людям, которые наверняка испытают при этом отвращение и испуг. Поэтому сексуальное самовыражение эксгибиционистов часто причиняет неудобства другим людям: ситуация не только неприемлемая в социальном смысле, но и способная травмировать невольного зрителя. Другие сексуальные отклонения могут представлять проблему в первую очередь для самого индивида: транссексуализм, например, является расстройством, при котором возникает неудовлетворенность собственным биологическим полом и сильное желание принадлежать к противоположному полу. Однако существуют отклонения, не причиняющие никому явного вреда, но связанные с причудливыми и необычными паттернами поведения, например фетишизм, при котором сексуальные интересы индивида сосредоточиваются на каком-то неодушевленном предмете или части тела. Наверное, никакие другие расстройства из описанных в данной книге не представляют столько трудностей при определении границ между нормой и психопатологией, сколько влекут за собой сексуальные отклонения. Позднее мы подробнее рассмотрим эту тему и особо остановимся на проблеме гомосексуальности, наиболее показательной в отношении влияния культурных норм на представления о психопатологии.

Второй категорией проблем, которые мы рассмотрим, являются **сексуальные злоупотребления** — паттерн насильственных, или принудительных, сексуальных контактов. Он имеет особенно разрушительные социальные последствия, и потому мы уделим этой теме особое внимание. За последнее десятилетие чрезвычайно возрос интерес к проблеме детской и взрослой сексуальной травмы (среди взрослых жертвами чаще всего становятся женщины). Исследования касались как причин, так и последствий сексуальных злоупотреблений. Как мы увидим, некоторые

связанные с этим вопросы, например достоверность вытесненных воспоминаний о сексуальной травме, имеют чрезвычайно спорный характер.

Третья категория сексуальных проблем, о которых пойдет речь в данной главе, — сексуальные дисфункции, то есть нарушения, препятствующие удовлетворительному осуществлению полового акта. Например, преждевременная эякуляция приводит мужчин к оргазму гораздо быстрее, чем хотелось бы им и их партнершам. Когда речь заходит о сексуальных дисфункциях, то вопрос о том, что считать нормой, часто возникающий в дискуссиях о сексуальных отклонениях, становится гораздо менее актуальным, так как у людей такие проблемы (или наличие их у партнеров) обычно вызывают переживания. Тем не менее реалистичность их ожиданий вызывает вопросы. Мало кому удается функционировать на неизменно идеальном уровне, поэтому многие состояния, которые могут вызвать неудовлетворенность, встречаются достаточно часто. Например, у многих молодых людей эякуляция наступает быстрее, чем им хотелось бы, но замедляется с возрастом. В ходе полового акта многие женщины не испытывают оргазма, однако находят сексуальные отношения приятными и приносящими удовлетворение.

О сексуальных девиациях, злоупотреблениях и дисфункциях известно гораздо меньше, чем о многих других расстройствах, которые мы уже рассмотрели в этой книге, например о тревоге и депрессии. В журналах по психологии и психиатрии довольно редко печатаются статьи на тему сексуальных дисфункций и девиаций, а данными расстройствами занимается намного меньше исследователей, чем, например, депрессией и тревогой. Одна из главных причин этого — табуированность сексуальной тематики. Несмотря на то что секс важен для большинства людей, многим трудно говорить о нем откровенно. В связи с этим бывает трудно получить даже самую общую, основополагающую информацию, касающуюся, например, разнообразных сексуальных обычаев, ощущений и установок. Это особенно справедливо для релевантных паттернов поведения,



Наше счастье во многом зависит от любви и сексуальной удовлетворенности, но мы мало продвинулись в их понимании, главным образом потому, что некоторым людям трудно быть откровенными при обсуждении этой темы, а также в связи с недостаточным финансированием научных изысканий.

подвергаемых социальному остракизму, например гомосексуализма. Людей трудно расспрашивать о подобном поведении и столь же трудно доверять их ответам.

Вторая причина более медленного развития сексологии заключается в том, что многие вопросы, касающиеся сексуальности, в том числе гомосексуализм, подростковая сексуальность, аборты и сексуальная травма детского периода, являются самыми спорными и противоречивыми. В целом, разное отношение вызывают к себе даже сами исследования данных проблем. Два опроса, проводимые на большой выборке и посвященные сексуальной проблематике, были приостановлены под давлением политической оппозиции, несмотря на официальное одобрение и их пользу в научном отношении (Udry, 1993). К счастью, одно из них было в дальнейшем профинансировано из частных источников, хотя и в гораздо более скромных размерах, и считается сегодня основополагающей работой 90-х годов XX столетия (Laumann et al., 1990). Сенатор Джесси Хелмс и другие сделали заявление, что ученые, занимающиеся изучением сексуальных проблем, выступают в защиту добрачных половых связей и гомосексуализма, что, несомненно, скажется на результатах опросов. Возможно, что недостаточное финансирование сексологических исследований частично связано с их спорным характером. В 1993 году, например, несмотря на тот факт, что сексуальные преступники вызывают повсеместный страх и миллионы долларов уходят на содержание их за решеткой, государственный Институт психического здоровья выделил всего 1,2 млн долларов на изучение этих лиц, тогда как на исследование депрессии было выделено 125,3 млн долларов (Goode, 1994).

Однако, несмотря на подобные серьезные препятствия, мы обладаем некоторой информацией о сексуальных отклонениях и дисфункциях. Клинические исследователи предоставили богатый материал с описанием многих сексуальных отклонений. В изучении этиологии сексуальных дисфункций и девиаций, к сожалению, сделаны лишь первые шаги, но они показывают его перспективность в отношении некоторых расстройств, и далее мы вернемся к наиболее известным работам в этой области.

Прежде чем перейти к отдельным расстройствам, мы проанализируем социокультурные влияния на сексуальное поведение и установки в целом. Мы начнем с этого аспекта проблемы, чтобы обрисовать кросс-культурную вариативность стандартов сексуального поведения и побудить к особой осторожности при разделении сексуальной практики на «анормальную» и «нормальную».

Социокультурные влияния на сексуальные обычаи и стандарты

Несмотря на кросс-культурную универсальность некоторых аспектов сексуальности и вступления в интимную связь, например акцента мужчин на привлекательности партнерши (Buss, 1989), другие их особенности отличаются выраженным непостоянством. Например, во всех культурах существует табу на сексуальные отношения между близкими родственниками, но отношение к добрачным сексуальным связям значительно варьирует (Frayser, 1985). Время меняет и представления о приемлемом сексуальном поведении. Менее 100 лет назад, например, согласно принятым в обществе правилам, женские руки и ноги всегда прикрывались

от посторонних глаз. В наше время актеры снимаются обнаженными как в фильмах, так и в телепередачах.

Несмотря на отличия сексуальных установок, паттернов поведения в различные времена и в разных странах, люди обычно ведут себя так, словно сексуальные стандарты их эпохи и места проживания безоговорочно верны; они отрицают возможность нонконформизма в этой области. Сексуальных нонконформистов часто считают либо опасными, либо больными людьми. Мы не хотим сказать, что подобные суждения всегда произвольны. Наверное, нигде и никогда не было общества, где был бы признан психически нормальным Джеффри Дамер, который испытывал сексуальное возбуждение, насилуя и убивая мужчин, сохраняя тела своих жертв и иногда поедая их. Тем не менее всегда полезно помнить об исторических и культурных влияниях на сексуальность. Если выражение или приемлемость определенного поведения значительно меняются в зависимости от эпохи и культуры, то нам стоит задуматься, оптимальны ли наши собственные установки.

Коль скоро эпоха и место так важны для формирования сексуального поведения и установок, мы начнем с анализа трех ситуаций, на примере которых видно, насколько разительно могут меняться взгляды на «приемлемое» и «нормальное» сексуальное поведение в разное время, от культуры к культуре. В первом случае мы рассмотрим ситуацию в Америке в середине XIX века. Господствующая в то время система взглядов на сексуальность, «теория вырождения» привели к глубоко консервативным сексуальным нормам и особо строгим предостережениям против большинства сексуальных «излишеств». Благодаря второму примеру мы кратко познакомимся с племенем самбийцев из Новой Гвинеи, где система взглядов на сексуальность привела к неизвестной в западной культуре сексуальной практике. В самбийском обществе все нормальные мальчики-подростки проходят через стадию гомосексуальности, прежде чем совершить довольно резкий переход к гетеросексуальности зрелого возраста. Наконец, в третьем случае мы рассмотрим статус гомосексуализма в западной культуре. Здесь мы сосредоточим основное внимание на принятом в 1970-х годах решении профессиональных психиатров и психологов об изменении официальной точки зрения на гомосексуальное поведение.

Теории вырождения и воздержания

В 1750-х годах швейцарский врач Симон Тиссо разработал **теорию вырождения**, основным постулатом которой было то, что сперма необходима для поддержания в мужчинах физической и сексуальной энергии, а также влияет на рост у них бороды (Money, 1985, 1986). В своей теории он опирался на наблюдения за евнухами и кастрированными животными. Сегодня нам известно, что соответствующие особенности евнухов и кастрированных животных определяются снижением количества не семени, а мужского гормона тестостерона. Однако Тиссо, исходя из своей теории, пришел к выводу об особенной пагубности двух сексуальных действий: мастурбации и общения с проститутками. Подобные действия, согласно мнению Тиссо, приводят как к потере жизненной влаги, спермы, так и к перевозбуждению, истощению нервной системы. Тиссо также рекомендовал женатым людям заниматься сексом исключительно с целью продолжения рода, чтобы избежать потери спермы. (Для детального ознакомления с взглядами на анормальное поведение, господствовавшими в XIX веке, см. вновь справку 2.4.)

Теорию воздержания, которая основывалась на теории вырождения, в Америке 1830-х годах отстаивал Ривренд Сильвестр Грэхем (Money, 1985, 1986). Три основных момента, которые, согласно его мнению, определяют общественное здоровье, были: здоровая пища («Крекеры Грэхема» получили свое название в его честь), физическая подготовка и половое воздержание. Известный последователь Грэхема, д-р Джон Харви Келлогг, начал свою врачебную деятельность в 1870-х годах. Он горячо выступал против мастурбации и советовал родителям следить за малейшими признаками этой привычки у детей. Он опубликовал статью, где перечислил 39 признаков «тайного порока», к которым, в частности, отнес слабость, ранние симптомы чахотки (туберкулеза), внезапные изменения характера, вялость, отсутствие блеска глаз, отставание и дефекты в развитии, бессонницу, переменчивость настроения, ненадежность, застенчивость, любовь к одиночеству, неестественную активность, притворное благочестие и округлость плеч.

Как врач, Келлогг вызывал всеобщее восхищение; он приобрел влияние на общественное мнение, сколачивая себе состояние на книгах, направленных против мастурбации. Лечение, которое он рекомендовал при «тайном пороке», было радикальным. В случае, например, особенно упорной мастурбации он советовал прошивать мальчикам крайнюю плоть серебряной проволокой или, как последнее средство, делать им обрезание без анестезии. Женскую мастурбацию он предлагал лечить прижиганием клитора карболовой кислотой. Помимо мастурбации, Келлогг, как и Грэхем, был особенно озабочен здоровым питанием. Он призывал людей употреблять в пищу больше злаковых, орехов и меньше мяса, ибо считал, что оно усиливает сексуальное желание. Таким образом, кукурузные хлопья Келлогга появились как «продукты, почти в буквальном смысле предотвращающие мастурбацию» (Money, 1986, p. 186). Хотя Келлогг был женат, он спал один и никогда не стремился осуществить полноценные брачные отношения.

Несомненно, при том влиянии, которое имели подобные Келлоггу медики, никого не удивит, что многие люди верили в способность мастурбации вызывать безумие. Эта гипотеза родилась в начале XVIII века с выходом в Лондоне анонимного сочинения под названием «Онания, или Мерзостный грех самоосквернения». В нем утверждалось, что мастурбация является частой причиной помешательства. Возможно, эта идея возникла при виде того, как многие обитатели психиатрических приютов открыто предавались мастурбации (в отличие от здоровых людей, которые занимаются этим тайно), а также ввиду того факта, что возраст, когда начинается мастурбация (период полового созревания в отрочестве), на несколько лет опережает тот, в котором появляются первые признаки душевного расстройства (поздний подростковый и ранний зрелый возраст). Еще в конце 1940-х годов на страницах некоторых американских учебников по психиатрии высказывалась идея о том, что мастурбация может вызывать безумие.

Самым влиятельным в Америке политическим противником сексуальной экспрессии был Энтони Комсток. Современник Келлогга, он основал «Общество противодействия пороку» и в 1873 году успешно провел в Конгрессе законы против «непристойности», которую понимал весьма широко. Будучи инспектором почтового ведомства, он, в сущности, стал государственным цензором. Объектами его нападок были натурщицы из художественных классов и медицинские книги, ка-

савшиеся вопросов сексуальности. Похоть, по его мнению, вела к психологической деградации (Money, 1985, 1986).

Несмотря на то что в наши дни теория воздержания и соответствующие установки кажутся в высшей степени пуританскими, они оказали устойчивое влияние на отношение к сексу в американской и других западных культурах. Только в 1972 году Американская врачебная ассоциация объявила, что «Мастурбация — нормальная часть сексуального развития подростков и не требует никакого медицинского вмешательства» (American Medical Association Committee on Human Sexuality, 1972, p. 40). Примерно в то же время предостережения насчет мастурбации были изъяты из «Справочника бойскаута». Тем не менее в 1994 году Джослин Элдерс лишилась поста главного хирурга *Surgeon General* США за публичное предложение включить в программу сексуального воспитания обсуждение вопросов, связанных с мастурбацией.

Гомосексуализм и связанные с ним ритуалы в Меланезии

Меланезия представляет собой группу островов в Южно-Тихоокеанском регионе и является предметом интенсивного изучения со стороны антропологов, открывших в этом регионе культурные влияния на сексуальность, не похожие ни на какие другие, известные Западу. В 10–20% меланезийских сообществ практиковалась своеобразная форма гомосексуализма в контексте обрядов мужской инициации, через которые должно было пройти все мужское население

Более глубокому изучению подверглось племя самбийцев, проживающее в Папуа–Новой Гвинее (Herdt & Stoller, 1990). Самбийская сексуальная практика опирается на веру в *сохранение семени* и *женскую скверну*. Самбийцы, как и Тиссо, считают, что сперма важна во многих отношениях, включая физический рост, силу и духовность. Они также верят, что для наступления беременности необходимо многократное осеменение (и большое количество спермы). Кроме того, они думают, что запасы семени не могут пополняться самим организмом и сперму следует сохранять или получать каким-то иным путем. Догмат о женской скверне связан с убеждением, что женское тело оказывает вредное воздействие на мужчин, главным образом менструальными выделениями. При первом появлении менструаций самбийских женщин тайно инициируют в менструальной хижине, куда воспрещен вход мужчинам.

Чтобы иметь или поддерживать в сохранности необходимые запасы семени, самбийские юноши обмениваются спермой друг с другом. Еще в детском возрасте они обучаются фелляции (оральному сексу), чтобы поглощать сперму. Сначала они выполняют исключительно оральную роль, но после полового созревания получают право на роль пенетративную и могут «осеменять» мальчиков младшего возраста. Ритуальные действия, связанные с гомосексуализмом, у самбийских мужчин рассматриваются как обмен сексуального наслаждения на жизненно важную сперму. (Забавно, что хотя как самбийцы, так и американцы викторианской эпохи верили в важность сохранения спермы, их подход к решению проблемы имел радикальные отличия.) Когда пубертатный период остается далеко позади, самбийские мужчины переходят к гетеросексуальности. К этому возрасту женское тело считается для мужчин уже не таким опасным, так как за предыдущие годы они

защитили себя, поглотив достаточное количество семени. Некоторое время они могут вступать в сексуальные отношения с женщинами, продолжая заниматься оральным сексом с мальчиками, но гомосексуальное поведение прекращается после рождения первого ребенка. Большинство самбийских мужчин без всяких затруднений полностью переходят к гетеросексуальным отношениям. В противном случае их с долей иронии считают неудачниками.

Существующая эволюционная гипотеза отмечает, что в меланезийских сообществах, практикующих ритуализированный гомосексуализм, число мужчин значительно превышает количество женщин, что, возможно, связано с предполагаемой высокой частотой детоубийств, жертвами которых становятся младенцы женского пола (Oles, 1994). В соответствии с этой гипотезой, обязательный гомосексуализм является тактикой, к которой прибегают мужчины старшего возраста с целью снижения конкуренции путем перенаправления сексуальности потенциальных соперников (юношей) в гомосексуальное поведение, в результате чего женщины подросткового и раннего зрелого возраста переходят в их полное распоряжение. Согласно данной гипотезе, рассуждения о женской скверне представляют собой тактику запугивания, преследующую те же цели.

Каким бы ни было объяснение, ритуалы, провоцирующие гомосексуализм у меланезийцев, — яркий пример культурного влияния на сексуальные установки и поведение. Меланезийского подростка, который отказывается от гомосексуальных контактов, считают ненормальным, и такие случаи, если они и есть, встречаются редко. Гомосексуализм самбийцев отличается от гомосексуализма в современной Америке, за исключением, возможно, тех случаев, когда самбийскому мужчине трудно перейти к гетеросексуальным отношениям.

Гомосексуальность и американская психиатрия

За последние полвека мнение о гомосексуальности претерпело колоссальные изменения как в психиатрических кругах, так и в обществе в целом. В не столь отдаленном прошлом гомосексуализм был запретной темой. В настоящее время в кинофильмах, ток-шоу и телевизионных комедийных и драматических постановках данная тема поднимается открыто; мало того, нередко ведущие роли в них играют геи и лесбиянки. Как мы увидим, развитие психиатрии и психологии сыграло важную роль в этих переменах. В 1973 году гомосексуализм был официально изъят из *DSM* (где ранее значился в категории сексуальных девиаций) и больше не считается психологическим расстройством. Краткий обзор взглядов психиатров и психологов на гомосексуализм иллюстрирует, насколько могут измениться со временем установки, касающиеся различных форм выражения человеческой сексуальности.

Гомосексуализм как болезнь

Читать медицинскую и психологическую литературу по гомосексуализму, вышедшую в свет до 1970 года, бывает неприятно, особенно если читатель придерживается современных взглядов на проблему. Так, статьи в то время, например, могли называться «Женоподобная гомосексуальность: болезнь детского возраста» и «О лечении гомосексуализма». Однако необходимо отметить, что взгляд на гомосексуализм как на психическую болезнь был относительно терпимым по сравнению с более ранними воззрениями. В первой половине XX столетия те, кто не считал

гомосексуалистов душевнобольными и нуждающимися в лечении, видели в них преступников, которых следует посадить за решетку (Bayer, 1981). В британской и американской культурах длительное время практиковались пунитивные подходы к гомосексуальному поведению. В XVI веке английский король Генрих VIII объявил «мерзопакостный и ужасный грех содомии [анальный секс]» уголовным преступлением, карающимся смертью, и только в 1861 году эта высшая мера наказания была заменена 10-летним тюремным заключением. Аналогичным образом, законодательство Соединенных Штатов вплоть до недавних пор подразумевало весьма суровое наказание за подобные действия, и даже сейчас в отдельных штатах гомосексуальное поведение продолжает считаться уголовным преступлением. Поэтому в историческом контексте взгляд на гомосексуализм как на болезнь кажется чуть менее нетерпимым.

В конце XIX и начале XX века несколько выдающихся исследователей предположили, что гомосексуальность совместима с психологической нормой. Знаменитые сексологи Хавлок Эллис и Магнус Хиршфельд считали, что гомосексуальность естественна и в ней нет ничего патологического. Далее мы увидим, что психоаналитики стали ярыми сторонниками мнения, согласно которому гомосексуализм считался болезнью, однако личное отношение Фрейда к гомосексуалистам было весьма прогрессивным для той эпохи и четко выражено в его трогательном «Письме к американской матери» (1935): «Дорогая миссис... Из Вашего письма я заключаю, что Ваш сын — гомосексуалист. Меня наиболее впечатлил тот факт, что сами Вы в своих высказываниях о нем не упоминаете этого термина. Могу я узнать, почему Вы его избегаете? Гомосексуализмом, конечно, нельзя гордиться, но и стыдиться его нечего; это не грех, не деградация, его нельзя назвать болезнью; мы видим в нем отклонение сексуальной функции, вызванное определенной задержкой сексуального развития. Многие глубоко уважаемые индивидуумы древности и современности были гомосексуалистами, в том числе ряд величайших людей (Платон, Микеланджело, Леонардо да Винчи). Преследовать гомосексуализм как преступление — великая несправедливость и жестокость... Задавая вопрос о том, могу ли я помочь, Вы, полагаю, хотите знать, смогу ли я устранить гомосексуальность и заменить ее нормальной гетеросексуальностью. На это я отвечу, что вообще мы не можем этого обещать... С наилучшими пожеланиями, искренне Ваш, Фрейд».

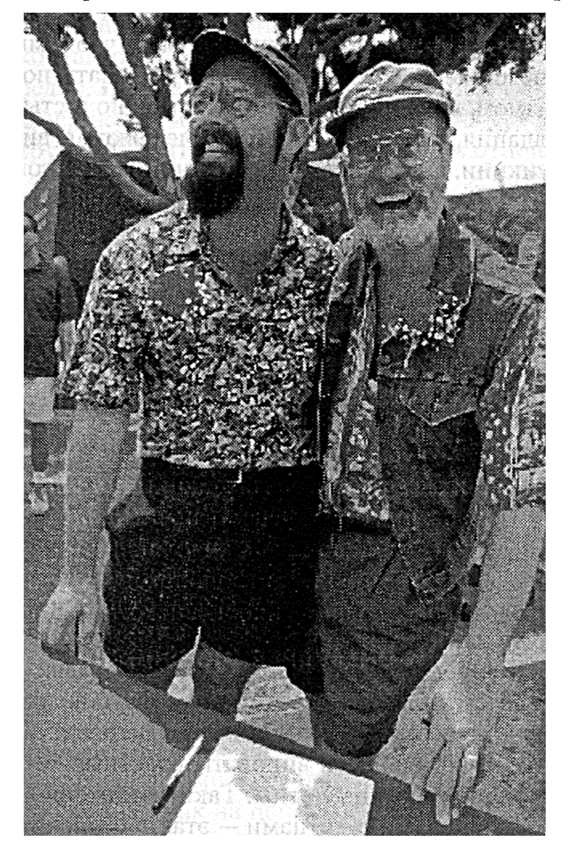
Начиная с 1940-х годов психоаналитики, возглавляемые Шандором Радо, стали с большим пессимизмом относиться к психическому здоровью гомосексуалистов и более оптимистично смотреть на вероятность их успешной терапии в плане установления гетеросексуальности. В отличие от взглядов Фрейда, придававшего гомосексуальным импульсам универсальный характер, Радо (Rado, 1962) считал, что гомосексуализм имеет место лишь у людей, чьи гетеросексуальные желания являются слишком угрожающими в психологическом отношении. Он видел в гомосексуальности бегство от гетеросексуальности и потому считал ее несовместимой с психическим здоровьем. Это общее представление было принято и развито Ирвином Бибером и Чарльзом Сокаридесом, подчеркнувшими роль «глубоко патологических взаимоотношений между родителями и ребенком» (Bieber et al., 1962). Они считали, что в мужской гомосексуальности виноваты властные, бесстрастные матери и холодные, враждебно настроенные отцы. Такие родители не позволяют мальчикам прочно идентифицироваться с отцами — этап, по мнению

этих ученых, необходимый для нормального психологического развития. В этом, возможно, сыграло свою роль то, что эти психоаналитики опирались на опыт сугубо терапевтической работы с гомосексуалистами, и у лиц, с которыми им приходилось общаться, наверняка было больше психологических проблем, чем у других геев.

Гомосексуальность как вариант нормы

Начиная приблизительно с 1950-х годов, взгляд на гомосексуальность как на болезнь стали оспаривать и ученые, и сами гомосексуалисты. В числе ударов, нанесенных по позициям патологов, было открытие Альфреда Кинзи, из которого следует, что гомосексуальное поведение встречается гораздо чаще, чем предполагали раньше, хотя, как мы увидим, цифры, представленные исследователем, были чересчур завышены (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Kinsey et al., 1953). Наибольшее влияние оказали, наверное, работы Эвелин Хукер (Hooker, 1957). Она продемонстрировала, что квалифицированные психологи не в состоянии отличить друг от друга психологические тесты, выполненные гомосексуальными и гетеросексуальными индивидами.

Геи и лесбиянки также перешли в наступление на позиции ортодоксов от психиатрии. С начала 1950-х годов созданные ими организации устроили публичное обсуждение статуса гомосексуализма, в результате чего появились многочисленные противники мнения о патологическом характере гомосексуальных отношений. В 1960-х годах родилось радикальное движение за свободу геев, занявшее более бескомпромиссную позицию, объявляя гомосексуализм «благом». Десятилетие завершилось знаменитым Стоунуоллским восстанием в Нью-Йорке, искрой к которому послужило плохое обращение полиции с «голубыми», что явилось недвусмысленным знаком того, что гомосексуалисты больше не потерпят отношения к себе как к гражданам второго сорта. К началу 1970-х годов в психиатрии и психологии открыто работали профессионалы гомосексуальной ориентации,



Несмотря на то что гомосексуализм не относится в настоящее время к патологии и не противоречит психологической норме, дискриминация и насилие в отношении гомосексуалистов остаются до сих пор серьезной проблемой.

чьей целью было сломить позиции ортодоксов. Их конкретным требованием было исключение гомосексуализма из Руководства по диагностике и статистике психиатрических расстройств (*DSM-II*).

В 1973 году, после желчных дебатов Совет попечителей при Американской ассоциации психиатров (ААП) проголосовал за исключение гомосексуализма из *DSM-II*. Против этого решения выступили некоторые члены ААП, заявившие, что Совет попирает научные принципы в угоду политическому нажиму. Они вынудили ААП поставить вопрос на голосование среди ее членов, и в 1974 году за исключение гомосексуализма из *DSM-II* было подано 5854 голоса против 3810. Этот эпизод одновременно оказал поддержку геям в их борьбе за свои права и негативно повлиял на психиатрию и, в целом, на сторонников психодиагностики. Ситуацию, когда психиатрическая номенклатура претерпела модификацию не в силу научного консенсуса специалистов, но в результате голосования, подчеркивают слова наиболее ярых критиков психодиагностики, подобных Томасу Цацу (Szasz, 1974), утверждавшему, что выражение «психическое заболевание» отражает всего-навсего ценности профессионалов, занимающихся вопросами психического здоровья.

На наш взгляд, ААП приняла правильное решение, исключив гомосексуализм из *DSM-II*, так как огромное количество фактов говорит о его совместимости с психологической нормой. Кроме того, мы не видим особого повода для беспокойства, что решение этого вопроса было принято путем голосования. Для того чтобы определенный паттерн поведения был классифицирован как патологический, необходимо ценностное суждение о его нежелательности (см. также главу 1). Это ценностное суждение обычно бывает имплицитным и не вызывает возражений: мало кто, например, станет отрицать ущерб и боль, приносимые шизофренией, в том числе и сами шизофренические больные. Вызов, брошенный геями и лесбиянками, заставил профессионалов из сферы охраны психического здоровья открыто поставить под сомнение вопрос о ценностях, нормах и сделать правильный вывод о том, что гомосексуализм — не психическое расстройство. Дальнейшее обсуждение гомосексуальности как варианта нормы см. в справке 11.1.

Сексуальные и гендерные отклонения

Теперь мы перейдем к рассмотрению сексуальных отклонений, включенных в *DSM-IV*. Для них предусмотрены две общие категории: парафилии и расстройства гендерной идентичности.

Парафилии

Парафилии представляют собой группу устойчивых паттернов сексуального поведения, при которых для получения полного сексуального удовлетворения нужны необычные объекты, ритуалы или ситуации. Несмотря на то что в мягкой форме подобные состояния возникают в жизни многих нормальных людей, индивид, страдающий парафилией, отличается упорством и чрезмерной сосредоточенностью на соответствующих действиях или объектах, без которых достижение оргазма часто оказывается невозможным. Кроме того, парафилии часто имеют компульсивную окраску, и поэтому у некоторых индивидов возникает потребность в оргазмической разрядке количеством от 4 до 10 эпизодов в день (Money, 1986, p. 133).

Парафилические индивиды могут как испытывать, так и не испытывать стойкого желания изменить свои сексуальные предпочтения. При некоторых видах парафилии требуется присутствие партнера; в этом случае индивид может найти человека с реципрокной парафилией, как в случае садомазохизма, рассматриваемого ниже. Подобный союз может привести к длительной любовной связи, несмотря на свои отличия с общепринятыми стандартами. Достаточно часто встречается ситуация, когда сексуально нормальный человек становится невольным участником ритуализированной сексуальной программы индивида, страдающего парафилией, и лишь постепенно обнаруживает, что он (или она) выступает в качестве простого допол-

СПРАВКА 11.1

Гомосексуальность как вариант сексуальной нормы

Несмотря на то что сегодняшний статус гомосексуализма как варианта нормы позволяет, казалось, исключить его дальнейшее упоминание при анализе проблем анормальной психологии, мы рассматриваем его подробнее по двум причинам. Во-первых, отношение американцев к гомосексуализму остается двойственным. Эта двойственность, по крайней мере отчасти, отражает неуверенность в причинах и коррелятах сексуальной ориентации (Schmalz, 1993). Поэтому одной из наших целей является обзор материалов, отражающих все, что сегодня известно о гомосексуализме, чтобы объяснить, почему мы не считаем его патологией. Во-вторых, хотя гомосексуализм не патология, он иногда сопровождается нарушением, которое определяется в *DSM-IV* как расстройство гендерной идентичности. Следовательно, некоторые данные, касающиеся гомосексуализма, могут иметь отношение и к расстройству гендерной идентичности.

Как часто встречается гомосексуализм?

Исследования, проведенные в США (Billy et al., 1993; Michael et al., 1994), Франции (*ACSF Investigators*, 1992) и Англии (Johnson et al., 1992), свидетельствуют о том, что среди взрослых людей гомосексуалисты составляют от 2 до 6%; у мужчин эта цифра составляет 1–2%. Среди женщин гомосексуализм встречается приблизительно в 2 раза реже. Тот факт, что гомосексуальность оказывается более редким состоянием, чем считалось раньше, никак не сказывается на статусе гомосексуализма как варианта нормы (Herek, 1989). Гениальность, например, встречается редко, но это не патология. Более того: приблизительно 20% мужчин и женщин могут сообщить хотя бы об одном случае сексуального влечения к представителям одного с ними пола, имевшем место после достижения ими 15-летнего возраста (Sell, Wypij & Wells, 1995). Кроме того, некоторые люди бисексуальны, хотя такое встречается реже, чем полная гомосексуальность, особенно вследствие эпидемии СПИДа в середине 1980-х годов (Masters, Johnson & Kolodny, 1992). В ходе одного из исследований с привлечением бисексуалов выяснилось, что их гомосексуальность развивалась уже после приобретения гетеросексуальной ориентации (Weinberg, Williams, & Pryor, 1994).

Что заставляет одних людей становиться гомосексуалистами, а других — гетеросексуалами?

В ходе фундаментальной научной работы, предпринятой Институтом сексуальных исследований Кинзи, была проанализирована психоаналитическая гипотеза о том, что гомосексуальность связана с дисфункциональными отношениями между родителями и ребенком (Bell, Weinberg, & Hammersmith, 1981). При этом было получено очень мало данных в поддержку

нения, своеобразного реквизита в сексуальной постановке своего партнера. Поскольку почти все парафилические индивиды — мужчины (обстоятельство, этиологические импликации которого мы рассмотрим позже), мы, говоря о них, будем употреблять местоимение мужского рода.

В *DSM-IV* представлено 8 специфических парафилий: 1) фетишизм, 2) трансвестический фетишизм, 3) вуайеризм, 4) эксгибиционизм, 5) сексуальный садизм, 6) сексуальный мазохизм, 7) педофилия и 8) фроттеризм (трение о субъекта, который ничего не подозревает). К дополнительной категории «неуточненных парафилий» относятся более редкие расстройства, такие как телефонная скатология

этой гипотезы. Мужчины-гомосексуалисты, например, вспоминали о довольно прохладных отношениях со своими отцами. Однако наблюдавшиеся различия были столь незначительны, что не могли объяснить развитие сексуальной ориентации. Самое поразительное открытие касалось поведения испытуемых в детском возрасте. В среднем, гомосексуалисты признавались в гораздо более атипичном в половом отношении поведении, чем гетеросексуалы. Например, мужчины-гомосексуалисты в детстве чаще, чем гетеросексуалы, играли с девочками, мечтали быть ими, переодевались в женское платье, избегали спортивных игр. Лесбиянки чаще, чем женщины гетеросексуальной ориентации, вспоминали об удовольствии, которое они в детстве получали от спорта, а также о своем желании быть мальчиками (табл. 11.1).

Таблица 11.1

Типичное и атипичное половое поведение в детстве

1. Нравились ли вам в детстве мальчишеские игры, например бейсбол или футбол (какие-нибудь другие)?	
Геи	32%
Мужчины-гетеросексуалы	89%
Лесбиянки	85%
Женщины-гетеросексуалки	57%
2. Нравились ли вам в детстве девчоночьи игры: в классики, дочки-матери или камешки?	
Геи	46%
Мужчины-гетеросексуалы	12%
Лесбиянки	33%
Женщины-гетеросексуалки	82%
3. Переодевались ли вы в одежду лиц противоположного пола и притворялись ли ребенком противоположного пола (исключая Хэллоуин и школьные спектакли?)	
Геи	32%
Мужчины-гетеросексуалы	10%
Лесбиянки	49%
Женщины-гетеросексуалки	7%

Источник. Из исследования с привлечением мужчин и женщин гомосексуальной и гетеросексуальной ориентации, проведенного Институтом сексуальных исследований Кинзи (Bell, Weinberg & Hammersmith, 1981).

(непристойные звонки), некрофилия (сексуальное влечение к трупам) и копрофилия (сексуальное влечение к фекалиям). Мы рассмотрим все специфические парафилии за исключением фроттеризма — категории сравнительно новой и до настоящего времени недостаточно изученной. В свою очередь, педофилия более подробно будет обсуждаться в разделе, посвященном сексуальным злоупотреблениям.

Фетишизм

При **фетишизме** сексуальный интерес сосредоточивается, как правило, на каком-то неодушевленном объекте, например на предмете одежды или отдельной части тела. (В *DSM-IV* заявлено, что диагноз фетишизма выставляется лишь в случае

Аналогичные различия были найдены и в ходе многих других исследований (Bailey & Zucker, 1995). Несомненно, воспоминания взрослых о своем детстве могут быть тенденциозными. Однако перспективные исследования с участием женственных мальчиков подтверждают ретроспективные данные. Большинство таких мальчиков стали геями (Green, 1987; Zuger, 1984). На сегодняшний день мы не располагаем перспективными исследованиями, которые бы касались девочек с мужскими чертами. Тем не менее следует подчеркнуть и то обстоятельство, что многие геи и лесбиянки вели себя в детстве типично для своего биологического пола.

Наблюдения, из которых следует, что гомосексуалистам свойственны паттерны поведения и сексуальная ориентация, более типичные для лиц противоположного пола, согласуются с современной этиологической моделью сексуальной ориентации. Согласно данной модели, гомосексуалисты подвергаются ранним, возможно пренатальным, гормональным влияниям, которые более типичны для представителей противоположного пола. Опыты на крысах, мышах и некоторых приматах наглядно продемонстрировали, что раннее воздействие андрогенов (мужских половых гормонов) на особей женского пола может повлечь за собой брачное поведение по мужскому типу в зрелости. И наоборот: ранняя андрогенная депривация может привести к развитию у мужских особей женского сексуального поведения (Goy & McEwen, 1980). Несомненно, люди не крысы и не мартышки, поэтому опыты на животных приводят в лучшем случае к гипотетическим заключениям. Доказательства в пользу биологической модели сексуальной ориентации человека интересны, но не бесспорны (Levay, 1993). В ведущей работе Симона Левэя (Levay, 1991) было показано, что геи отличаются от мужчин-гетеросексуалов, но походят на гетеросексуальных женщин размерами одного из участков гипоталамуса, который влияет на сексуальное поведение. Открытие Левэя, как и другие аналогичные исследования, требует дальнейшего подтверждения.

Также был сделан вывод, что и в мужской (Bailey & Pillard, 1991; Haner et al., 1993), и в женской (Bailey et al., 1993) сексуальной ориентации участвуют генетические факторы. Например, уровни конкордантности по гомосексуализму составили 52% для монозиготных близнецов мужского пола по сравнению с 22% для дизиготных; для женщин эти цифры соответственно равнялись 48 и 16%. Тем не менее эти данные не являются определяющими в силу таких методологических проблем, как тенденциозность респондентов. Однако они согласуются с той значительной ролью, которую играет наследственность. Поскольку примерно у половины монозиготных пар близнецов, принимавших участие в генетических исследованиях, была обнаружена дискордантность по сексуальной ориентации, очевидна значимость факторов окружающей среды (Bailey et al., 1993). Характер средовых влияний неясен; возможно воз-

интереса индивида к неодушевленным объектам; однако большинство исследователей, занимающихся данной проблемой, как правило, не проводили такого разграничения). Как в целом к парафилиям, так и к фетишизму чаще всего склонны мужчины; сообщения о женском фетишизме крайне редки (Mason, 1997). К объектам фетиша могут относиться волосы, уши, кисти рук, нижнее белье, туфли, духи и прочие подобные предметы, связанные с представительницами противоположного пола. Пути использования этих предметов для достижения сексуального возбуждения и удовлетворения значительно варьируют, но чаще всего сводятся к поцелуям, ласкам, вдыханию запаха или апробированию на вкус. Фетишисты обычно не нарушают чужих прав, разве только нечаянно, когда просят партнершу надеть

действие либо биологических (например, пренатального стресса), либо социальных (например, философии взаимоотношений между родителями и ребенком) факторов. Одна ошибочная гипотеза о влиянии среды гласит, что взрослые гомосексуалисты совращают и «рекрутируют» младших индивидов, склоняя их к гомосексуализму. Это мнение не имеет научной основы, и многие факты говорят против него. Например, значительное большинство геев и лесбиянок питали гомосексуальные чувства, по меньшей мере, за год до своего первого опыта гомосексуального общения (Bell et al., 1981).

Является ли гомосексуализм признаком психического нарушения?

Как правило, при изучении выборок гомосексуальных и гетеросексуальных субъектов вне стационарных условий удается найти немногие, если вообще какие-либо различия в их психологическом приспособлении (Siegelman, 1979; Gagnon & Simon, 1973). В одном из исследований было обнаружено, что мужчины-гомосексуалисты в меньшей степени принимают себя, однако, возможно, это вызвано тем, что среди геев многие не имеют стабильных отношений с подобными себе субъектами (Bell & Weinberg, 1978). Некоторые исследователи указывали на высокое количество у геев сексуальных партнеров (особенно до начала эпидемии СПИДа) как доказательство их анормальной импульсивности и неразборчивости. Однако менее импульсивное объяснение состоит в том, что повышенная тяга к случайным связям свойственна *всем* мужчинам; при этом сексуальные возможности гомосексуалистов имеют еще более случайный характер, так как они вступают в сексуальные контакты с другими мужчинами (Bailey, Gaulin, Agyei & Gladue, 1994; Symons, 1979). В одном из исследований, подтверждающем данную точку зрения, было обнаружено, что гетеросексуалы и гомосексуалисты испытывают, согласно их субъективной оценке, одинаковый интерес к беспорядочным сексуальным связям (Bailey et al., 1994).

Хотя обычно представители внебольничных выборок гомосексуалистов и гетеросексуалов не обнаруживают отличия психологического приспособления, есть некоторые данные о том, что гомосексуалисты чаще страдают алкоголизмом и депрессией (Mosbacher, 1988; Saghir & Robins, 1973; Pillard, 1988). Однако, вероятно, это следствие переживаний, вызванных негативной реакцией общественного мнения, нежели результатом самой по себе гомосексуальной ориентации.

В целом, большинство проведенных исследований свидетельствует о совместимости гомосексуальности с психологической нормой. Точные причины возникновения той или иной сексуальной ориентации остаются неясными, хотя появляется все больше данных, подтверждающих участие в этом генетических и других биологических переменных. В настоящее время вопросы сексуальной ориентации привлекают пристальное внимание исследователей.

какой-то предмет туалета во время сексуальных контактов. Многие мужчины испытывают сильное сексуальное влечение к предметам личного пользования: бюстгальтерам, поясам с подвязками, чулкам и высоким каблукам. Несмотря на то что такие мужчины, как правило, не удовлетворяют диагностическим критериям для фетишизма, так как указанные предметы не являются обязательными или предпочтительными для сексуального возбуждения (что необходимо для постановки диагноза фетишизма), по ним можно судить о высокой распространенности мужских фетишеподобных предпочтений.

С целью завладеть необходимым предметом фетишист способен на кражу, воровство или даже разбой. Наверное, наиболее часто фетишисты совершают кражу предметов женского нижнего белья. У одного юноши при задержании нашли 100 пар трусов, украденных из магазина дамского белья. В подобных случаях возбуждение и трепет, сопровождающие криминальное деяние, обычно служат дополнительным источником подкрепления сексуальной стимуляции, а иногда составляют и сам фетиш, тогда как украденный предмет не имеет особого значения. Один подросток, например, признался в проникновении в чужие дома, этого ему обычно было достаточно для наступления оргазма. В случае отсутствия оргазма подростку удавалось достичь сексуального удовлетворения тем, что он брал что-то «на память» — деньги или украшения.

Фетишистское поведение часто подразумевает мастурбацию в связи с объектом фетиша. Здесь, несомненно, трудно провести границу между фетишистской деятельностью и попыткой повысить сексуальное возбуждение и удовлетворение от мастурбации при помощи фотографий и других предметов, связанных с желанным сексуальным объектом. Использование подобных предметов при мастурбации является обычной практикой и, как правило, не считается патологией. Однако случаи асоциального поведения, такие как взломы и проникновение в чужое жилище, несомненно, оцениваются как фетишистские. Например, Маршалл (Marshall, 1974) приводит достаточно нетипичный пример, когда студент университета, чьим фетишем были брюки, неоднократно совершал кражи брюк тинейджеров и в дальнейшем использовал их для физического контакта в процессе мастурбации. Несколько иной, но также редкий паттерн мастурбации наблюдался у мужчины, чьим фетишем были женские туфли и ноги: «В данном случае фетишиста неоднократно задерживали за то, что он слонялся без дела в общественных местах, например на железнодорожных станциях или в библиотеках, рассматривая женские ноги. Наконец, он нашел способ решить свою проблему по-новому. Назвавшись сотрудником трикотажной фирмы, мужчина арендовал большое помещение и дал рекламу с приглашением на работу женщин-моделей. Он снял на кинопленку многих прохаживающихся и сидящих женщин, которые, желая понравиться, выставляли напоказ свои ноги. Затем он воспользовался этими кадрами для достижения сексуального удовлетворения и обнаружил, что они неизменно оправдывали свое назначение» (Grant, 1953).

Большинство теорий этиологии фетишизма подчеркивают важность классического обусловливания. То, что женское нижнее белье эротизируется благодаря своей тесной связи с сексом и женским телом, представить не трудно. Резиновый фетишизм может определяться тем обстоятельством, что тренировочные брюки изготовлены из прорезиненной ткани. Если данное предположение верно, то, в дальнейшем, когда пластик вытеснит резину, большее распространение получат плас-

тиковые фетиши (Money, 1986, р. 65; см. также Mason, 1997). Важно подчеркнуть, что у некоторых мужчин появление фетишей нельзя объяснить только одними характерными ощущениями. Можно предположить, что большинство резиновых фетишистов носит прорезиненные тренировочные брюки, однако у большинства мужчин, носящих такую одежду, фетишизм не развивается. Возможно, что это связано, скорее всего, с индивидуальными различиями обусловливания. Для мужчин с высокой склонностью к сексуальному обусловливанию вероятно появление одного или нескольких фетишей. Ниже мы еще вернемся к роли обусловливания в развитии парафилий в целом.

Трансвестический фетишизм

Достижение сексуального возбуждения и удовлетворения посредством переодевания в одежду лиц противоположного пола называется **трансвестическим фетишизмом.** В типичных случаях трансвестический фетишизм развивается в подростковом возрасте и сводится к мастурбации в сочетании с переодеванием в женское платье или нижнее белье. Бланшар (Blanchard, 1989, 1992) назвал психологическую мотивацию трансвеститов аутогинефилией: парафилическое сексуальное возбуждение при мысли или фантазии о себе как о женщине (Blanchard, 1991, 1993). Выдающийся сексолог Магнус Хиршфельд первым выделил категорию переодевающихся мужчин, которые испытывают сексуальное возбуждение, воображая себя женщинами: «Их привлекают не женщины, которые вокруг, но женщины, которые внутри» (Hirschfeld, 1948, р. 167). Хотя некоторые геи иногда переодеваются в женскую одежду, они делают это, как правило, не с целью достичь сексуального наслаждения, а потому их нельзя назвать трансвестическими фетишистами. Подавляющее большинство трансвеститов — гетеросексуалы (Talamini, 1982). Трансвеститы способны воспламеняться идеей о том, что они женщины на фоне сексуального влечения к реальным женщинам, с которыми они в своих фантазиях предаются лесбийским контактам (Blanchard, 1991). Букнер (Buckner, 1970), исходя из опроса 262 трансвеститов, проведенного журналом *Transvestia,* дал следующее описание «обычного» мужчины-трансвестита: «Часто это женатый человек (две трети из них женаты); если женат, то, вероятно, имеет детей (у двух третей из них есть дети). Почти все трансвеститы заявляют о своей сугубой гетеросексуальности: распространенность "гомосексуальности" среди них была фактически ниже средней для населения в целом. Трансвестическое поведение обычно сводится к тайному переодеванию в женскую одежду, дома, под большим секретом... У трансвестита, как правило, не бывает конфликтов с законом. Его переодевание причиняет трудности очень немногим людям, кроме его самого и его жены» (р. 381).

За время, прошедшее после доклада Букнера, эта клиническая картина не изменилась. Не изменились, к сожалению, и наши знания об этиологии трансвестического фетишизма, о которой известно очень немногое (Zucker & Blanchard, 1997). Ниже приводится совершенно типичный случай трансвестического фетишизма, где описываются его раннее возникновение и трудности, которые это состояние способно породить в супружеской жизни.

Разбор случая: дилемма трансвестита. М-р А., 65-летний охранник, бывший капитан рыболовецкого судна, расстроен недовольством своей жены, которой не нравится, что теперь, когда их младшая дочь покинула родительский дом, он каждый вечер

разгуливает по дому в ночной сорочке. Его внешность и манеры, за исключением случаев, когда он не наряжен женщиной, остаются вполне мужскими. М-р А. убежденный гетеросексуал. На протяжении последних пяти лет он иногда, будучи одет в мужскую одежду, незаметно надевал и какую-нибудь дамскую вещь — колготки или колечко на мизинец. Он всегда носит с собой фотографию с изображением себя, переодетым женщиной.

Его первое воспоминание об интересе к женским туалетам относится к 12-летнему возрасту, когда он надел шаровары сестры, поступок, сопровождавшийся сексуальным возбуждением. В дальнейшем он продолжал периодически наряжаться в женское белье — действие, неизменно приводившее к эрекции, иногда к непроизвольному семяизвержению, и сопровождавшееся в некоторых случаях мастурбацией, но никогда не сочетавшееся с фантазиями. Ему иногда хотелось быть девочкой, но он никогда не воображал себя ею. Он спорил и дрался с другими мальчиками и всегда поступал «как мужчина». До женитьбы его всегда тянуло к девушкам, но он стыдился секса. Его первый гетеросексуальный контакт состоялся лишь после женитьбы в возрасте 22 лет.

После свадьбы его интерес к женской одежде не претерпел изменений. Когда ему исполнилось 45 лет, он случайно наткнулся на журнал, называвшийся *Transvestia*, после чего его страсть к переодеванию усилилась. М-р А. узнал о существовании себе подобных; в результате его все больше и больше захватывали фантазии, в которых он наряжался женщиной. Постепенно он начал полностью переодеваться в женское платье. Позднее он приобщился к сообществу трансвеститов, вступил с ними в переписку через журнал и время от времени посещал их собрания. Вне дома м-р А. переодевался в женскую одежду только на этих собраниях.

Хотя он не настаивал на расторжении брака, их сексуальные отношения с женой за последние 20 лет угасли, так как все возбуждавшие его мысли и действия были связаны с переодеванием. Со временем это занятие отчасти утратило эротическую окраску и стало, скорее, самоцелью, но все еще оставалось источником некоторого сексуального возбуждения. Под действием стресса он всегда испытывал настоятельную потребность переодеться женщиной; это успокаивало его. Если особые обстоятельства препятствовали этому, то он испытывал крайнюю фрустрацию...

Из-за неустроенности жизни в детские годы пациент всегда боготворил непоколебимый характер жены и порядок в доме. Он рассказал жене о своей потребности в переодевании после свадьбы, и она терпела, пока муж старался не афишировать свои желания. Тем не менее он чувствовал себя виноватым, особенно когда стал переодеваться полностью, и периодически пытался порвать с пристрастием, выбрасывая все свои платья и косметику. Растущие дети служили барьером, не позволявшим ему дать волю своим порывам. Теперь, когда он оставил рыболовство, а дети выросли и стали жить отдельно, его все больше привлекает переодевание. Он чаще ссорится с женой и пребывает в подавленном состоянии (Spitzer et al., 1994).

Ранее упоминалось, что трансвестический фетишизм способен осложнить взаимоотношения. Однако он, как и другие виды фетишизма, наносит явный ущерб окружающим лишь в сочетании с такими противозаконными действиями, как воровство или порча имущества. При наличии других парафилий так бывает не всегда: многие из них содержат в себе элемент или значительный риск физического или психологического травмирования, которому подвергается одна или несколько сторон, участвующих в сексуальном контакте. Законом обычно предусмотрены суровые санкции в отношении подобных действий. Мы рассмотрим лишь самые распространенные формы парафилий: вуайеризм, эксгибиционизм, садизм и мазохизм.

Вуайеризм

Синонимичными терминами **вуайеризм**, *скотофилия* и *инспекционализм* обозначается получение сексуального удовольствия посредством тайного подглядывания. Эти действия считаются сексуальным преступлением и предпринимаются, как правило, молодыми людьми. «Томы-соглядатаи», как их обычно называют, подглядывают за раздевающимися женщинами или за парами, занимающимися сексом. При подглядывании они обычно мастурбируют.

Как развивается этот паттерн у молодых людей? Во-первых, вид тела привлекательной женщины оказывает выраженное стимулирующее воздействие на многих, если не на большинство мужчин. Кроме того, уединенность и таинственность, традиционно окружающие сексуальную деятельность, повышают интерес к ней. Во-вторых, если молодой человек, питающий подобное любопытство, чувствует себя робким и неполноценным при общении с представительницами противоположного пола, то неудивительно, что вуайеризм становится для него приемлемой заменой реальных отношений. Подобным образом он удовлетворяет как свое любопытство, так и, в известной степени, сексуальные потребности, не нанося себе травмы реальным приближением к женщине. В данном случае молодому человеку не могут отказать, унизить его достоинство. По сути, вуайеристские действия нередко порождают важное компенсаторное чувство власти и тайного превосходства над ничего не подозревающей жертвой, что может способствовать поддержанию этого паттерна. Кроме того, напряжение и опасность, сопутствующие вуайеризму, способны вызвать эмоциональное возбуждение и подкрепление сексуальной стимуляции. Обычно вуайер не стремится к сексуальному контакту с теми, за кем наблюдает. Если, несмотря на проблемы при межличностном общении, вуайеру удается



Исследования показали, что, когда мужчины, переодевающиеся в женскую одежду, находятся в роли женщин, они испытывают меньшую тревогу и робость. Несмотря на то что мужчине-трансвеститу нередко нравятся экскурсы в социальные роли противоположного пола, настоятельная потребность к этому может вызывать у него тяжелую депрессию. Если он женат, его трансвестизм может осложнить взаимоотношения с супругой. Люди, склонные к переодеванию, ищут себе подобных, чтобы разобраться со своими особыми проблемами в группах поддержки. Одна из таких групп изображена на снимке.

найти себе жену (что бывает достаточно часто), он, как явствует из следующего случая, редко должным образом приспосабливается к сексуальным отношениям с ней.

Разбор случая: «Том-соглядатай». Молодой, женатый студент колледжа проживал в квартире верхнего этажа, где было очень жарко, особенно летом. Чтобы он мог продолжать учебу, его жене приходилось работать; она возвращалась домой вечером усталая, раздраженная и не расположенная к сексу. Кроме того, «проклятые пружины в кровати сильно скрипели». Чтобы «получить хоть какое-то сексуальное удовлетворение», юноша наводил бинокль на комнату в доме напротив и случайно увидел молодую пару, занимавшуюся сексом. Это сильно возбудило его, и потому он решил подглядеть за членами студенческого женского клуба. Однако во время его второй вылазки на него донесли, и он был задержан полицией. Молодой человек оказался совершенно незрелым для своих лет, придерживался довольно пуританских взглядов на мастурбацию и предавался богатым, но незрелым сексуальным фантазиям.

Несмотря на то что более снисходительные законы о «взрослых» кино- и видеофильмах, журналах приподняли завесу секретности над сексуальным поведением, а также предоставили альтернативный источник удовлетворения для потенциальных вуайеров, их реальное воздействие на распространенность этой формы парафилии трудно оценить. Это объясняется отсутствием каких-либо четких эпидемиологических данных о вуайеризме (Kaplan & Krueger, 1997). Для многих вуайеров такие фильмы и журналы, скорее всего, не становятся полноценной заменой тайному подглядыванию за сексуальными действиями ничего не подозревающей пары или за «настоящей» обнаженной женщиной, которая ошибочно уверена в неприкосновенности своей частной жизни.

Хотя вуайер может утратить бдительность, благодаря чему жертва обнаружит его и набросится на него с кулаками, вуайеризму не свойственны какие-либо серьезные криминальные или асоциальные аспекты. На самом деле нельзя исключить, что вуайеристские наклонности существуют у многих людей, но сдерживаются практическими соображениями, например страхом разоблачения или этическими установками, касающимися права на частную жизнь. С другой стороны, сильные вуайеристские наклонности сопровождаются нередко рядом других элементов паттерна сексуального возбуждения, которые могут говорить о гораздо более серьезных расстройствах. Половая жизнь таких людей иногда ограничивается исключительно вуайеристскими действиями без каких-либо контактов с реальными партнершами.

Эксгибиционизм

Под словом **эксгибиционизм** (в юридической терминологии — *непристойное обнажение*) понимается преднамеренная демонстрация гениталий другим людям (как правило, незнакомым) в неподобающих обстоятельствах и без получения на то согласия. Обнажение может происходить в каком-либо укромном месте, например в парке, или более людном: в универмаге, церкви, театре или автобусе. В городах эксгибиционист зачастую подъезжает к школе или автобусной остановке, выставляет напоказ обнаженные гениталии, оставаясь за рулем, и быстро уезжает. Во многих случаях демонстрация повторяется в какой-то неизменно предпочитаемой обстановке, например только в церквах или автобусах или в одном и том же районе,

в определенное время суток. В одном случае юноша обнажался, исключительно находясь на верху эскалатора в крупном универмаге. Как правило, неизменным постоянством отличается и тип жертвы отдельно взятого эксгибициониста. Если преступник — мужчина, то его чаще привлекают незнакомые женщины молодого или среднего возраста, хотя подростки и дети также иногда могут стать его жертвой (Murphy, 1997). По отчетам полиции Соединенных Штатов, Канады и стран Европы, эксгибиционизм — самое частое сексуальное правонарушение и составляет примерно одну треть от них (Murphy, 1997). По некоторым данным, объектами действий эксгибиционистов и вуайеристов становятся 20% женщин (Kaplan & Kruger, 1997; Meyer, 1995).

Эксгибиционисты предпочитают действовать весной и летом, а большинство правонарушителей — молодые мужчины. Они представляют практически все профессиональные группы. О случаях эксгибиционизма в более или менее людных местах нередко сообщают в полицию, хотя некоторые женщины просто не обращают внимания на подобные инциденты. Враждебно настроенный эксгибиционист может сопровождать демонстрацию агрессивными действиями и нападать на жертв, однако считается, что подобное случается редко. В некоторых работах указывается на существование подкласса эксгибиционистов, которых правильнее считать субъектами с асоциальным личностным расстройством (глава 9) (Forgac & Michaels, 1982; Kaplan & Krueger, 1997). Значительно меньшее число эксгибиционистов повинно в насильственных сексуальных преступлениях, направленных против детей или взрослых (Murphy, 1997).

Несмотря на редкость случаев насилия и тот факт, что большинство эксгибиционистов не агрессивные и опасные преступники, акт эксгибиционизма осуществляется, тем не менее, без согласия зрителей и может вызвать эмоциональный шок, который и является подлинной целью злоумышленника. Интрузивное качество этого действия в сочетании с откровенным попранием норм поведения, касающихся «интимных частей тела», делает его осуждение неизбежным. Поэтому в обществе эксгибиционизм считается уголовным преступлением.

Садизм

Термин **садизм** происходит от имени маркиза де Сада (1740–1814), который, движимый сексуальными побуждениями, подвергал свои жертвы таким истязаниям, что был впоследствии признан невменяемым. Несмотря на то что позднее это понятие расширилось так, что стало обозначать жестокие действия в целом, мы употребляем его в ограниченном контексте, имея в виду достижение сексуального возбуждения и удовлетворения путем унижения сексуального партнера или причинения ему физической или психической боли. Близко родственным паттерном является практика «подчинения и дисциплины» (*B & D: bondage and discipline*), которая может включать в себя связывание человека, нанесение ему побоев или шлепков с целью усиления сексуального возбуждения. Эти элементы садистического эротического интереса говорят о психологической связи его с изнасилованием (Marshall & Barbaree, 1990a), которое обсуждается ниже. Таким образом, возбуждение садистических индивидов чрезвычайно зависимо от причинения или вида страдания своих сексуальных партнеров.

Боль причиняется посредством побоев, укусов или щипков; действия могут варьировать в своей интенсивности от фантазий до нанесения тяжких увечий и даже убийства. В своих мягких формах садизм (и обсуждаемый ниже мазохизм) проявляются в обычаях сексуальной прелюдии, существующих во многих культурах. В нашем обществе отдельные пары, как гетеро-, так и гомосексуальные, регулярно предаются подобным занятиям. Важно различать временный, или случайный интерес к садомазохистским действиям и садизм как парафилию. По данным опросов, примерно 5–10% мужчин и женщин периодически нравится участвовать в садистских или мазохистских действиях (Baumeister & Butler, 1997). Парафилические садизм и мазохизм, когда садомазохистическая деятельность выступает предпочтительным или единственным средством достижения сексуального удовлетворения, встречаются редко и, как все парафилии, — почти всегда у мужчин.

В некоторых случаях садистские действия предваряют или завершают непосредственный сексуальный контакт; иногда полное сексуальное удовлетворение извлекается из одной лишь садистической практики. Садист, например, способен изрезать женщину бритвой или исколоть иглой, испытывая при этом оргазм. Причудливость и отдаленность ассоциаций видна на примере молодого человека, который проник в квартиру незнакомой женщины, прижал к ее лицу тряпку, пропитанную хлороформом, и удерживал, пока хозяйка не потеряла сознание, после чего прижег ей бедро раскаленным железом. Никаких других посягательств на ее личность не произошло.

Иногда садистские действия предпринимаются в отношении животных или предметов фетиша, которые заменяют садисту людей. Ист (East, 1946) привел пример мужчины, который украл женские туфли и яростно изрезал их ножом. Впоследствии, в тюрьме, его застали за порчей фотографий, которые принадлежали другим заключенным: он перерезал горло женщинам, изображенным на снимках. Он признался, что получал от этой процедуры полноценное сексуальное удовлетворение.

В других случаях удовлетворение достигается лишь при непосредственном нанесении увечий жертве. Многие серийные убийцы — сексуальные садисты. В одном исследовании были охарактеризованы 20 сексуальных садистов-убийц, виновных в 149 убийствах, совершенных в Соединенных Штатах и Канаде (Warren, Dietz & Hazelwood, 1996). Большинство из них были белыми мужчинами в возрасте около 30 лет. Было обнаружено, что убийства преступники совершали в определенные временные периоды и испытывали сексуальное возбуждение при виде боли, страха, паники жертв. Режиссура убийств позволяла им тщательно контролировать процесс умирания последних. Некоторые из этих мужчин сообщили, что богоподобное всемогущество над жизнью и смертью другого человеческого существа вызывало в них особенное воодушевление. У представителей указанной выборки отмечался ряд других парафилий, в том числе фетишизм и эксгибиционизм. Восемьдесят пять процентов из них сообщили о постоянных фантазиях, связанных с сексуальным насилием, а 75% признались в сборе материалов на тему насилия, включая аудиозаписи, видеозаписи, фотографии и очерки, посвященные садистским деяниям, или порнографию, сопровождавшуюся сексуальным садизмом. Кроме того, у большинства этих мужчин отмечалось в широком смысле асоциальное поведение, из чего следует, что отсутствие угрызений совести способствовало совершению ими убийств.

К печально известным серийным убийцам относится Тед Бунди, который был казнен в 1989 году. Бунди признали виновным в убийстве более 30 молодых женщин, которые почти все соответствовали излюбленному им типу: с длинными волосами, расчесанными на прямой пробор. Бунди признался, что использовал свои жертвы для воссоздания обложек детективных журналов или сцен из фильмов о «потрошителях». Джеффри Дамер, алкоголик, в 1992 году был признан виновным в убийстве 15 мальчиков и юношей, трупы которых он уродовал, а потом совершал с ними половой акт. (Впоследствии его убили в тюрьме.) Хотя многие садисты имели трудное детство, Бунди и Дамер происходили из семей, принадлежавших к среднему классу, и были окружены родительской любовью. К несчастью, мы недостаточно представляем себе причинные факторы, с которыми связаны эти крайние проявления садизма.

Мазохизм

Термин **мазохизм** происходит от имени австрийского романиста Леопольда фон Захер-Мазоха (1836–1895), чьи герои любовно пестовали свою боль, получая от нее сексуальное удовольствие. Как и термин *садизм*, понятие мазохизма распространилось за пределы сексуальных коннотаций. Оно включает в себя извлечение удовольствия из самоотрицания, искупительных физических мук наподобие тех, что испытывали флагелланты, а также из невзгод и страдания вообще. В нашем обсуждении мы ограничимся сексуальными аспектами мазохистического поведения.

При мазохизме индивид испытывает сексуальное возбуждение и удовлетворение на фоне болевых ощущений и унижения перед возлюбленными. Межличностное мазохистическое общение требует участия как минимум двух человек — строгого «господина» и покорного «раба». Такое соотношение ролей встречается как в гетеросексуальных, так и в гомосексуальных связях. Мазохисты обычно не объединяются с сексуальными садистами; для них предпочтительнее индивиды, готовые бить или унижать их в пределах, которые они сами устанавливают. Мазохизм встречается гораздо чаще садизма (Baumeister & Butler, 1997). Садомазохистическая деятельность, включая подчинение и дисциплину, иногда осуществляется коллективно — в «темницах», популярных в больших городах. В ходе этих мероприятий мужчин часто связывают и бьют плетками женщины, называемые госпожами и носящие облегающую кожаную или резиновую одежду.

Одна особо опасная форма мазохизма, называемая *аутоэротической асфиксией*, требует самоудушения до наступления кислородного голодания. В большинстве крупных городов США коронерам известны случаи, когда рядом с повесившимся человеком находили мазохистскую порнографическую литературу или другие предметы сексуального обихода. Было установлено, что случайные смерти, наступающие в результате этих действий, в США составляют от 500 до 1000 случаев ежегодно (Uva, 1995). Ниже изложен пример аутоэротической асфиксии с трагическим финалом.

Разбор случая: аутоэротическая асфиксия. Услышав, как в соседней квартире мужчина зовет на помощь, соседка подошла к его двери. Окликнув мужчину, она спросила, не нужно ли ему помочь. «Да, — сказал тот. — Выломайте дверь». «Вы шутите?» — «Нет». Женщина вернулась с двумя сыновьями, которые и вломились в квартиру. Они нашли человека, лежавшего на полу с руками, связанными за спиной. Его ноги были согнуты, заведены сзади и прижаты лодыжками к кистям рук. Под колени была про-

сунута ручка швабры. Он совершенно обезумел, вспотел, часто дышал, а кисти его рук посинели. Он обмарался и обмочил брюки. Женщина нашла в кухне нож и освободила его.

Прибыли полицейские и начали допрашивать мужчину. Он заявил, что вернулся домой, уснул на кушетке, а проснувшись через час, обнаружил себя безнадежно связанным. Полицейские отметили, что дверь в квартиру, когда соседи ее ломали, была заперта изнутри. Мужчина продолжал рассказывать. Насколько он знал, у него не было никаких врагов и уж, конечно, никаких друзей, способных на подобный розыгрыш. Офицеры спросили его о веревке. Мужчина объяснил, что он, поскольку собирался в ближайшее время переехать, держал в спальне моток веревки. Возле кушетки лежал разорванный пакет, валялись многочисленные обрезки тонкой веревки и столовый нож.

Составляя рапорт, полицейские отметили, что «возможно, имел место акт сексуального извращения». При допросе, состоявшемся на следующий день, мужчина признался, что связывал себя сам, пока не оказался в том состоянии, в котором его застали.

Через месяц полицию вновь вызвали в ту же квартиру. Смотритель здания обнаружил мужчину, лежавшего ничком на полу. Его голову, словно капюшон, скрывал бумажный пакет. Когда полиция прибыла, мужчина учащенно дышал; его рот был забит тряпкой из ситца. Веревка захватывала его голову, пересекала рот и опоясывала торс и талию. Туловище, от шеи до промежности, было перехвачено ею несколько раз, а на лодыжках от веревок остались глубокие следы. Локти были сомкнуты за спиной при помощи метлы. После освобождения мужчина объяснил: «Я запутался в веревке, когда выполнял изометрические упражнения»...

Прошло два года, и мужчина переехал, сменив место работы. Однажды, в понедельник утром, он не явился на службу. Один из сослуживцев пошел к нему домой и нашел его мертвым. В ходе расследования полиции удалось воссоздать последние минуты жизни умершего. В пятницу он связал себя следующим образом: сидя на кровати, скрестил лодыжки так, чтобы левая была поверх правой, после чего связал их куском шпагата. Затянув узел на шее, он закрепил его на 86-дюймовом шесте, который расположил за спиной. Приспособив шест так, чтобы тот проходил сбоку, а его верхний конец перед левым плечом, он завел кисти за подогнутые ноги и там, держа запястья на расстоянии 4 дюймов друг от друга, связал их куском веревки. Затем он привязал веревку, которая фиксировала запястья, к шесту и к электрическому шнуру, опоясывавшему талию. Связав себя таким образом, он лег на спину и вытянул ноги. Приложив с помощью этого нагрузку к шесту, который оставался прикрепленным к узлу на шее, он удавился. Чтобы спастись, ему нужно было перекатиться на бок и подобрать ноги, но верхний конец шеста уперся в стену. Он оказался в капкане. (Sitzer et al., 1994).

Причинные факторы и лечение при парафилиях

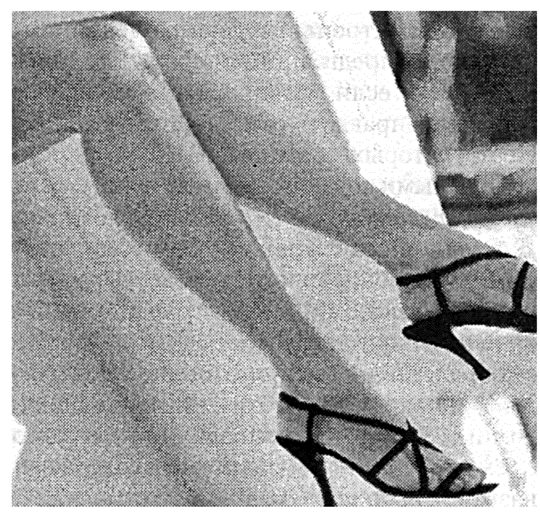
Многие парафилические индивиды способны объяснить свои необычные сексуальные предпочтения. Например, парафил, предпочитавший ампутанток (одноногих партнерш), сообщил, что его увлечение началось в подростковом возрасте. В детстве ему мало уделяли внимания, он был лишен близких эмоциональных контактов с членами семьи, но слышал, как один родственник выражал сочувствие к ампутантам. У него возникло желание стать ампутантом, чтобы завоевать, таким образом, сочувствие близких. Этот рассказ вызвал много вопросов. Эмоционально холодные отношения в семьях не редкость, о сочувствии к ампутантам можно слы-

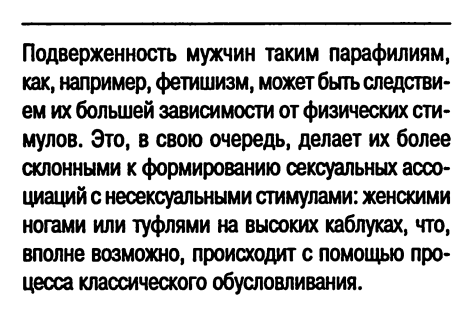
шать почти повсеместно. Несомненно, что парафилия развивается не у каждого мужчины, выросшего в подобных условиях и обнаружившего, что его родственники испытывают сочувствие к людям с ампутированными конечностями. Такие истории не всегда достоверны. Мы часто не знаем, что в наибольшей степени оказало влияние на наше формирование (Nisbett & Wilson, 1977).

Этиологическую значимость имеют как минимум два факта, касающиеся парафилии. Во-первых, как мы уже отмечали, почти все парафилы — мужчины. У женщин парафилии встречаются настолько редко, что описанные в литературе случаи считаются казуистикой. Во-вторых, люди с парафилиями, как правило, не ограничиваются какой-то одной ее формой (American Psychiatric Association, 1994; Maletzky, 1998). Например, трупы мужчин, случайно погибших в результате аутоэротической асфиксии, в 25–33% случаев частично или полностью переодеты в женскую одежду (Blanchard & Hucker, 1991). Никакой очевидной причины для связи между мазохизмом и трансвестизмом нет. Тогда почему так происходит?

Мани (Money, 1986) считает, что предрасположенность мужчин к парафилиям тесно связана с их большей зависимостью от построения визуальных сексуальных образов. Возможно, что сексуальное возбуждение у мужчин зависит от физических признаков стимула больше, чем у женщин, чье возбуждение скорее определяется эмоциональным контекстом, например влюбленностью в партнера. В этом случае мужчины могут быть более подвержены образованию сексуальных ассоциаций с несексуальными стимулами.

Тот факт, что у мужчин с одной парафилией часто обнаруживаются и другие, говорит об их особой уязвимости. Фройнд и Бланшар (Freund & Blanchard, 1993) предположили, что данная уязвимость вызвана ошибками в так называемой *локализации эротической мишени*. Согласно этой теории, несмотря на то что большинство мужчин становятся гетеросексуалами, они не рождаются с этой ориентацией, но должны научиться ей в процессе классического обусловливания, когда стимулы в совокупности составляют образ партнера женского пола, который и является





Подверженность мужчин таким парафилиям, как, например, фетишизм, может быть следствием их большей зависимости от физических стимулов. Это, в свою очередь, делает их более склонными к формированию сексуальных ассоциаций с несексуальными стимулами: женскими ногами или туфлями на высоких каблуках, что, вполне возможно, происходит с помощью процесса классического обусловливания.

их стимулом-мишенью. В этом состоит процесс локализации эротической мишени. Возможно, некоторые мужчины совершают ошибки при выборе мишени в связи с тем, что устанавливают подобные ассоциации с особой легкостью; эта теория позволяет объяснить и распространенность множественных парафилий. (Можно предположить, что аналогичный процесс вызывает развитие парафилий у гомосексуалистов.) Данная теория помогает выявить отличие таких парафилий, как трансвестизм и влечение к некоторым фетишам (например, к женскому нижнему белью), при которых сексуальные стимулы связаны с физическими особенностями женщин, от других ее форм, например мазохизма, когда парафилическая мишень не имеет никакой видимой связи с нормальной сексуальной деятельностью.

Лечение парафилий

За последние 30 лет исследователи достигли значительного прогресса в разработке достаточно эффективных методов лечения парафилий. Однако лечебные изыскания с участием испытуемых, страдающих парафилиями, в целом отстают от исследований большинства других расстройств, рассмотренных в этой книге. Одна из проблем состоит в том, что большинство людей в подобных случаях не обращаются за помощью, но получают ее лишь после того, как их ловят и препровождают в тюрьму. Поэтому их мотивация к изменению чаще проистекает из желания выйти на свободу, нежели из искреннего стремления измениться. Более того: многие из них не дают полную информацию о своем девиантном поведении и не считают терапевтов союзниками в связи с тем, что врач часто обязан докладывать об улучшении состояния преступника тюремным властям или комиссиям по условно-досрочному освобождению (Maletzky, 1998).

Тем не менее методики, в которых сочетаются когнитивные и бихевиоральные элементы, оцениваются как достаточно успешные в плане изменения девиантных паттернов возбуждения и поведения. Кроме того, все больше данных свидетельствует о том, что эти методы способны значительно снизить уровень рецидивизма по сравнению с преступниками, не получающими подобную помощь. Однако наиболее убедительные доказательства могут быть получены в ходе исследований с участием контрольных групп, членам которых не оказывается помощь, что, как правило, не предпринимается по этическим соображениям (Maletzky, 1998). Иными словами, если потенциально эффективный метод лечения существует, то нельзя этически оправдать отказ от него, если встать на позицию возможных будущих жертв, которых можно спасти.

Важными компонентами лечения служат техники, широко известные как *аверсивная терапия* — аверсивное обусловливание девиантных сексуальных фантазий. В прошлом безусловным стимулом часто был электрошок, однако за последние 15 лет удалось добиться высоких результатов при помощи *принудительной маскированной сенсибилизации*, в ходе которой пациент вызывает в воображении сцену, порождающую девиантное сексуальное возбуждение. На пике возбуждения пациент представляет неприятные последствия (*простая маскированная сенсибилизация*); одновременно с этим ему дают вдохнуть пары вещества с неприятным запахом из открытого пузырька или при помощи автоматического пульверизатора, с тем чтобы наяву вызвать у него отвращение к этим девиантным сценам (отсюда название *принудительная маскированная сенсибилизация*). В последние годы раз-

личные варианты этой техники применяются в большинстве программ когнитивно-бихевиорального лечения (Maletzky, 1998).

К другим важным компонентам программ когнитивно-бихевиорального лечения парафилий относятся тренинг социальных навыков (McFall, 1990; Maletzky, 1998) и переструктурирование когнитивных искажений, способных поддерживать паттерны девиантного сексуального возбуждения и поведения. Нередко бывает, что эксгибиционисты, например, ошибочно перекладывают вину на других («Она смотрела на меня так, будто ждала этого»), принижают своих жертв («Она все равно была обычной шлюхой») и преуменьшают последствия («Я к ней не прикасался, так что ничего ей не сделал»). При других парафилиях наблюдаются похожие паттерны когнитивных искажений, однако их содержание может отличаться. В ходе работы с терапевтом пациенты начинают идентифицировать эти когнитивные искажения и научаются составлять самокорректирующие послания, которые, после систематической отработки, могут стать более рефлексивными, автоматическими и способствующими общему улучшению (Maletzky, 1998).

Интересны результаты применения лечебных программ, сочетающих в себе эти и другие элементы, в ходе недавно выполненного исследования с привлечением около 1500 преступников, которых наблюдали на протяжении как минимум года, а успешность их лечения определялась очень строгими критериями. Они должны были участвовать во всех лечебных сессиях; к концу лечения или годичного контрольного периода у них не должно было быть никаких проявлений тайного или явного девиантного сексуального поведения, а также девиантного сексуального возбуждения при пенильной плетизмографии (прямое измерение эректильных реакций) и новых судимостей (Maletzky, 1998). Наиболее низкими были показатели успеха при лечении трансвестического фетишизма (около 79%), а самыми высокими — при лечении эксгибиционизма, вуайеризма и фетишизма (приблизительно 95%). Тем не менее многое в этой сфере еще только предстоит сделать, особенно в связи с тем, что методы, оцениваемые как перспективные, пока еще широко не доступны.

Расстройства гендерной идентичности

Гендерной идентичностью называется ощущение своей принадлежности к мужскому или женскому полу; она отличается от **гендерной роли**, под которой понимается маскулинность или фемининность публичного поведения (Money, 1988, p. 77). От всех поведенческих черт гендерная идентичность может отличаться самой выраженной корреляцией с биологическим полом, но эта корреляция неполная. Некоторые индивиды испытывают крайний дискомфорт в связи со своим биологическим полом и отчаянно желают изменить его на противоположный. Действительно, взрослые люди с расстройствами гендерной идентичности, зачастую называемые транссексуалами, иногда идут ради этого на дорогостоящие и сложные хирургические операции. В *DSM-IV* **расстройство гендерной идентичности** характеризуется двумя составляющими: 1) выраженная и стойкая **кросс-гендерная идентификация** — желание принадлежать или убежденность в своей принадлежности к противоположному полу, и 2) **гендерная дисфория** — стойкий дискомфорт в связи с собственным биологическим полом или ощущение несоответствия гендерной роли, присущей данному полу (American Psychiatric Association, 1994). Расстройство встречается у детей и взрослых, у мужчин и женщин.

Расстройство гендерной идентичности в детстве

У мальчиков с расстройством гендерной идентичности наблюдается выраженный интерес к традиционно женским занятиям (Zucker & Bradley, 1995). Бывает, что они предпочитают одеваться, как девочки. Им нравятся обычные для девочек игры: в куклы, в дочки-матери (они, как правило, играют мать), рисование красивых девушек, а также просмотр телепередач с участием любимых женских персонажей. Такие мальчики обычно избегают шумных игр. Они могут выражать желание быть девочкой. Девочки с расстройством гендерной идентичности сопротивляются попыткам родителей одевать их в традиционно женскую одежду, например платья. Они предпочитают одежду для мальчиков и короткую стрижку. Незнакомые люди могут ошибочно принимать их за мальчиков. Героями их фантазий обычно бывают сильные мужские персонажи наподобие Бэтмена или Супермена. Они мало интересуются куклами и нарядами, выказывая больший интерес к спорту. Хотя подобные черты наблюдаются у многих девочек с мальчишескими манерами, девочки с расстройством гендерной идентичности отличаются своим желанием быть мальчиками или вырасти мужчинами. Сверстники гонят от себя мальчиков с расстройством гендерной идентичности, дразня их «неженками». С маленькими девочками, страдающими данным расстройством, их сверстницы обращаются лучше, поскольку к кросс-гендерному поведению девочек относятся с большей терпимостью (Zucker, Sanikhani & Bradley, 1997). Среди детей с расстройством гендерной идентичности, попадающих в клиники, мальчики численно превосходят девочек в пропорции 5 к 1. Столь выраженный дисбаланс может объясняться большей обеспокоенностью родителей в случае женственности у мальчиков, чем мужских задатков у девочек.

В зрелом возрасте расстройство гендерной идентичности у мальчиков чаще преобразуется в гомосексуализм, чем в транссексуализм (Bradley & Zucker, 1997). В исследовании Ричарда Грина (Green, 1987) с участием 44 крайне женственных мальчиков лишь один из них, став взрослым, пожелал сделать операцию по изменению пола. Примерно три четверти из них стали гомосексуалистами или бисексуалами, будучи явно довольными своим биологическим полом. Исследований, посвященных изучению девочек с расстройством гендерной идентичности, не проводилось. По данным последнего анализа ретроспективных сообщений о сексуально атипичном поведении лесбиянок, девочки с сильно выраженными мужскими чертами чаще других становятся гомосексуалками, однако большинство из них, по всей вероятности, вырастают гетеросексуальными женщинами (Bailey & Zucker, 1995). Поэтому вероятно, что подавляющее большинство детей с расстройством гендерной идентичности становится либо гомо-, либо гетеросексуальными взрослыми, и лишь небольшая их часть — транссексуалами. Если таким детям свойственно хорошее приспособление в зрелости, можно ли считать, что они страдают психическим расстройством?

Одним из доводов в пользу этого служит то, что такие дети зачастую переживают сильнейший дистресс и потому нуждаются в лечении. Они страдают по двум основным причинам. Во-первых, эти дети по самому определению (то есть существующим диагностическим критериям) несчастны из-за своего биологического пола. Во-вторых, как было отмечено, к ним плохо относятся сверстники, и у них, как правило, натянутые отношения с родителями. Доводом против того, чтобы

видеть в этих детях «расстройство», является то обстоятельство, что главным препятствием для их счастливого существования становится общество, которое нетерпимо относится к кросс-гендерному поведению. Более того: в отличие от некоторых других паттернов поведения, порицаемых обществом, таких как криминальность и жестокость, кросс-генедерное поведение никому не приносит вреда. Поэтому навешивание на детей с атипичной гендерной идентичностью ярлыка «больных» перелагает ответственность на них с общества, на котором она в действительности лежит. Диагностический статус расстройства гендерной идентичности в детстве заслуживает, следовательно, серьезных дебатов.

Родители часто приводят детей с расстройством гендерной идентичности на психотерапию. Специалисты пытаются как снять неудовлетворенность ребенка его биологическим полом, так и наладить взаимоотношения с родителями и сверстниками. Терапевты стараются улучшить эти взаимоотношения, обучая детей обузданию их кросс-гендерного поведения, особенно в ситуациях, где оно чревато межличностными проблемами. Гендерную дисфорию обычно лечат психодинамическими методами, то есть посредством анализа внутренних конфликтов. Исследования, призванные оценить такое лечение, остаются делом будущего.

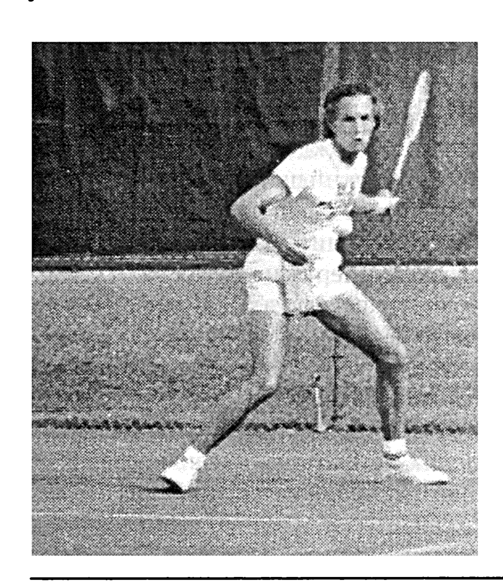
Транссексуализм

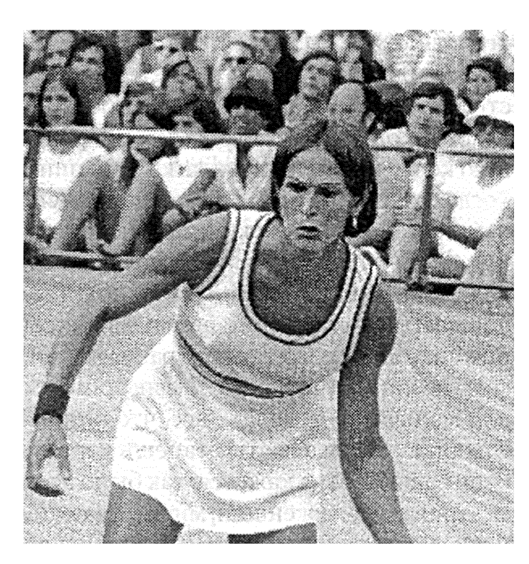
Транссексуалами называют взрослых людей с расстройством гендерной идентичности. Многие, возможно, большинство транссексуалов хотят изменить свой пол, и прогресс в хирургии сделал эту цель отчасти реальной, хотя такие операции очень дорого стоят. **Транссексуализм** — очень редкое расстройство. По данным европейских исследований, к хирургическим реконструктивным операциям стремится приблизительно 1 взрослый мужчина из 30 000 и 1 взрослая женщина из 100 000. До недавних пор большинство исследователей считали транссексуализм взрослым вариантом детского расстройства гендерной идентичности, и это нередко соответствует истине. Имеется в виду, что у многих транссексуалов было расстройство гендерной идентичности в детстве (несмотря на то что большинство детей с расстройством гендерной идентичности не становятся транссексуалами), и в зрелом возрасте они ведут себя так же. Вероятно, что это утверждение верно по отношению ко всем транссексуалам, желающим сменить женский пол на мужской, то есть когда женщина (принадлежащая к женскому полу с рождения) в результате операции становится мужчиной. Практически все такие индивиды вспоминают, что в детстве были ужасными сорвиголовами, а их мужские черты не ослабевали вплоть до наступления зрелости. Большинство, но не все транссексуалы, родившиеся девочками, впоследствии испытывают сексуальное влечение к женщинам. Вот воспоминания одного такого транссексуала: «Я казался себе кем-то другим, сколько себя помню. Мне 3 года. Я вспоминаю, что хотел быть мальчиком, носить одежду для мальчиков и делать все, что они делают. Я помню, как моя мама, пока я рос, говорила: "Когда же ты станешь настоящей леди? Когда ты захочешь носить женские вещи?". Мне кажется, так было всегда. Я помню, что, едва я подрос, как стал засматриваться на женщин, мне всегда хотелось женщину... Я чувствую себя мужчиной и знаю, что любить женщин для меня абсолютно нормально» (Green, 1992, p. 102).

Транссексуалы, которые родились мужчинами, в отличие от транссексуалов, родившихся женщинами, бывают двух типов: гомосексуальными и аутогинефили-

ческими транссексуалами (Blanchard, 1989). Гомосексуальными транссексуалами можно считать очень женственных геев, которые также хотят изменить свой пол. В отличие от них, у аутогинефилических транссексуалов развивается парафилия, при которой их привлекает свой собственный образ в женском качестве. В *DSM* это различие в настоящее время не отражено. Оно, хотя может не иметь отношения к лечебным задачам (хирургическое изменение пола показано транссексуалам обоих типов), фундаментально для понимания различий психологии транссексуалов, первоначально бывших мужчинами. Гомосексуальный транссексуал генетически является мужчиной, который считает себя женщиной, запертой в мужском теле, и испытывает сексуальное влечение к мужчинам. Такие мужчины стремятся к частичному хирургическому изменению пола, которое позволило бы им привлекать гетеросексуальных партнеров-мужчин (Freund et al., 1974). Несмотря на то что гомосексуальных транссексуалов привлекают лица одного с ними генетического пола, их возмущает, когда их называют геями, так как они не чувствуют себя принадлежащими к своему генетическому полу (Adams & McAnulty, 1993). Тем не менее с этиологической точки зрения гомосексуальный транссексуализм, вероятно, пересекается с обычной гомосексуальностью. Причины, в редких случаях вызывающие у крайне женственных геев желание изменить пол, в настоящее время не до конца понятны.

Как правило, у гомосексуальных транссексуалов с детства имеется расстройство гендерной идентичности. Один взрослый гомосексуальный транссексуал, родившийся мужчиной, поделился следующими воспоминаниями: «Мне нравилось играть с девочками. Я никогда не играл с мальчишками. Я любил играть в камешки. Мне хотелось прыгать через скакалку и играть в другие девчоночьи игры. Учительница, следившая за школьной спортплощадкой, постоянно заставляла меня играть с мальчиками. Мне это не нравилось. Я хотел играть с девочками. Я помню, как учительница однажды сказала: "Если я еще раз увижу, что ты играешь с девочка-





Доктор Ричард Раскин, врач и профессиональный теннисист, после операции по перемене пола стал Рени Ричардс.

ми, я принесу в школу платье и заставлю тебя переодеться. Тебе это понравится?" Ну да, мне бы это понравилось» (Green, 1992, p. 101).

Поскольку большинство детей с расстройством гендерной идентичности не становятся, когда вырастают, транссексуалами (они, как правило, превращаются в геев), должны существовать другие значимые детерминанты транссексуализма. В одном исследовании с участием лиц мужского пола было обнаружено, что воспитание в религиозной католической семье, где гомосексуализм выступал объектом порицания, в сочетании с кросс-гендерным поведением приводило в дальнейшем не к гомосексуализму, а транссексуализму (Hellman et al., 1981). Эти исследователи высказали предположение, что для таких мужчин транссексуализм оказался способом вступления в сексуальные контакты с мужчинами при одновременном избегании гомосексуальности как таковой. Если данная гипотеза верна, то количество случаев гомосексуального транссексуализма должно сократиться по мере снижения общественного порицания гомосексуализма. Различие между гомосексуальным транссексуализмом и кросс-гендерной гомосексуальностью (то есть гомосексуальностью, сочетающейся с поведением, более характерным для противоположного пола) заключается, наверное, больше в степени, чем в существе проблемы. В вышедшем в 1990 году документальном фильме «Париж в огне» изображены геи афроамериканского происхождения, которые тратят много времени, денег и сил, стараясь быть похожими на красивых женщин. Один из мужчин, снявшихся в этом фильме, рассказывает, что хотел сделать операцию по изменению пола, но решил от нее отказаться. Другой намерен ее сделать, как только позволят средства. Эти мужчины очень похожи, однако, наверно, только второй из них удовлетворяет диагнозу транссексуализма.

Аутогинефилический транссексуализм (Blanchard, 1989, 1992) встречается только у лиц, генетически принадлежащих к мужскому полу, и его главным клиническим признаком является **аутогинефилия** — парафилия, характеризующаяся сексуальным возбуждением при мысли или воображении себя женщиной (Blanchard, 1991; 1993). Как правило, в анамнезе аутогинефилических транссексуалов присутствует трансвестический фетишизм, хотя они часто отрицают подобный опыт. Причины такого отрицания лежат в чувстве стыда, связанного с «извращением», и тот факт, что в прошлом мужчины-трансвеститы не имели возможности подвергнуться хирургическому изменению пола. Некоторые аутогинефилические транссексуалы никогда не практикуют трансвестизм, но в большинстве случаев у них обнаруживаются другие признаки аутогинефилии. Например, в отличие от других трансвеститов, аутогинефилические транссексуалы воображают в фантазиях, что у них женские гениталии. Возможно, что именно эти фантазии служат причиной развития особенно острой гендерной дисфории, мотивируя желание изменить пол хирургическим способом. Аутогинефилические транссексуалы признаются в сексуальном влечении либо к женщинам, либо к мужчинам и женщинам, либо ни к тем и ни к другим. Исследования показали, что лица с указанными подтипами аутогинефилического транссексуализма очень похожи друг на друга и отличаются от гомосексуальных транссексуалов в аспектах, выходящих за рамки сексуальной ориентации (Blanchard, 1985, 1989, 1991). В детские и зрелые годы аутогинефилические транссексуалы, в отличие от гомосексуальных, не кажутся особенно женственными. Как правило, они намного позже, чем гомосексуальные

транссексуалы, обращаются за хирургической помощью (Blanchard, 1994). Возможно, что причины аутогинефилического транссексуализма этиологически перекликаются с причинами других парафилий, но, как и те, не до конца ясны.

Лечение. Психотерапия обычно не помогает транссексуалам избавиться от гендерной дисфории (Tollison & Adams, 1979). Единственным методом, эффективность которого не вызывает сомнения, является хирургическое изменение пола. Транссексуалам в процессе подготовки к операции сначала назначают гормональную терапию. Индивидам, имеющим биологически мужской пол, дают эстрогены для увеличения груди, смягчения кожи и уменьшения мышечной массы. Биологическим женщинам назначают тестостерон, который подавляет менструации, повышает оволосение лица и тела, понижает тембр голоса. Обычно перед операцией транссексуалы должны много месяцев принимать гормоны и как минимум год прожить в соответствии с желаемым гендерным статусом. Если они успешно выдерживают испытательный срок, им делают операцию и продолжают гормональную терапию. При изменении мужского пола на женский удаляют пенис с яичками и создают искусственное влагалище. Кроме того, такие транссексуалы подвергаются экстенсивному электролизу для удаления растительности на лице и теле. Они также должны научиться повышать тембр своего голоса. При изменении женского пола на мужской обычно производят мастэктомию, гистерэктомию и часто — другие пластические операции для изменения тех или иных черт лица (например, адамова яблока).

Поскольку соответствующие хирургические техники и сегодня достаточно примитивны и очень дорогостоящи, искусственный пенис хотят получить лишь немногие транссексуалы исходно женского пола (такой пенис неспособен к нормальной эрекции, и потому при совершении полового акта им в любом случае приходится полагаться на искусственные поддерживающие устройства); остальные вступают в сексуальные отношения без пениса. Весьма вероятно, что с развитием хирургии это положение изменится. Обзор литературы, посвященной лечебным исходам, показал, что они оказались удовлетворительными (то есть они не сожалели о своем решении) для 87% из 220 транссексуалов, сменивших мужской пол на женский, и для 97% из 130 транссексуалов, сменивших женский пол на мужской (Green & Fleming, 1990). Бланшар (Blanchard, 1985) также сообщал, что большинство транссексуалов довольны результатами оперативного лечения, хотя степень их удовлетворенности была разной. В целом, те, кто достаточно хорошо был приспособлен до операции, лучше адаптируются и после нее; у лиц с той или иной психопатологией возникают некоторые затруднения. Несмотря на достаточно высокие показатели успеха при хирургическом лечении тщательно отобранных транссексуалов, подобные операции продолжают вызывать много споров, так как некоторые профессионалы считают, что психологические расстройства нельзя лечить радикальными анатомическими преобразованиями (например, McHugh, 1992).

Сексуальные злоупотребления

Сексуальным злоупотреблением называется сексуальный контакт, в ходе которого имеет место физическое или психологическое принуждение или присутствует, по крайней мере, один индивид, не способный дать разумное согласие на контакт (например, ребенок). К таким злоупотреблениям относятся педофилия, изнасило-

вание и инцест; они беспокоят общественность больше, чем какие-либо другие сексуальные проблемы. Поэтому вызывает удивление, что из трех злоупотреблений в *DSM-IV* включена только педофилия. Более того: предложенное определение педофилии не позволяет учитывать большинство сексуальных злоупотреблений, направленных против детей старшего возраста, так как данный термин применяется лишь в случаях, когда подобные действия совершаются против детей, находящихся в допубертатном возрастном периоде. Однако большинство жертв сексуальных злоупотреблений относится к старшему возрастному периоду. Этим отчасти объясняется серьезное отношение общества к данным преступлениям и определение насильников как преступников, а не душевнобольных. В то же время нас не должен смущать тот факт, что изнасилование, например, не включено в *DSM-IV*. В научной литературе по анормальной психологии все чаще затрагиваются темы, касающиеся сексуальных злоупотреблений, направленных как против детей, так и против взрослых, а также возможной каузальной связи между нанесением подобной травмы и развитием впоследствии расстройств (см. главы 3, 4, 7 и 9). По этой причине, а также в связи с тем, что считаем сексуальные злоупотребления крайне важной социальной проблемой, мы подробно останавливаемся на соответствующих методах лечебного воздействия.

Сексуальная травма детского возраста

В последнее десятилетие отмечалась растущая обеспокоенность сексуальными травмами детского возраста, что сопровождалось ростом числа исследовательских работ на данную тему. При обращении к электронной базе данных *Medline* было найдено всего 72 статьи, написанных в период между 1975 и 1984 годами и посвященных детским сексуальным травмам. В последующее десятилетие количество статей на эту тему возросло почти в 10 раз — до 693. (Количество статей, посвященных шизофрении, за тот же период только удвоилось.) Одна из работ по психологии, часто цитировавшаяся в последние 15 лет, касалась изменчивости влияния, которое сексуальная травма детского периода оказывает на психологическое функционирование (Browne & Finkelhorn, 1986) в диапазоне от депрессии до деструктивного поведения, тревоги, низкого самомнения, злоупотребления химическими веществами и неудовлетворительного сексуального приспособления.

Заметный рост интереса к сексуальной травме детского возраста объясняется как минимум тремя причинами. Во-первых, многие данные говорят о том, что сексуальные злоупотребления, направленные против детей, встречаются значительно чаще, чем некогда считалось. Во-вторых, с сексуальной травмой детского возраста был увязан ряд психических расстройств; таким образом, эта травма может играть важную роль в этиологии некоторых заболеваний. В-третьих, некоторые драматические и нашумевшие случаи, в которых было заявлено о детской сексуальной травме, породили чрезвычайно спорные вопросы относительно достоверности детских показаний и восстановленных воспоминаний о сексуальном злоупотреблении. Мы рассмотрим все три указанные причины.

Распространенность сексуальных травм детского возраста. Показатели распространенности сексуальной травмы детского возраста зависят от определения последней, которое значительно варьировало в различных трудах (Salter, 1991). Например, во многих научных работах предлагаются разные определения «дет-

ства», верхняя граница которого ограничивается в диапазоне от 12 до 19 лет. В некоторых исследованиях учитывались любые виды сексуального взаимодействия, в том числе и не связанные с физическим контактом (например, эксгибиционизм); в других учитывался лишь физический контакт, в-третьих — генитальный. К другим важным факторам, варьировавшим в разных исследованиях, относится разница в возрасте между людьми, совершающими подобные действия, и их жертвами, а также применение силы. В зависимости от этих факторов, показатели распространенности сексуальных злоупотреблений составили в одних случаях менее 5%, тогда как в других превысили 30%. Даже самые низкие, наиболее правдоподобные статистические данные достаточно высоки, чтобы вселить в нас тревогу.

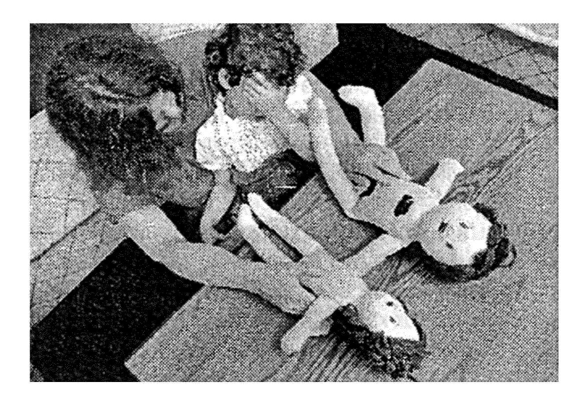
Последствия сексуальной травмы детского возраста. Сексуальная травма детского возраста может иметь как кратковременные, так и долговременные последствия. К кратковременным наиболее частым страхам относятся: посттравматическое стрессовое расстройство, сексуальная неадекватность (например, прикосновение к гениталиям или разговоры о половых актах) и низкое самоуважение (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Примерно у одной трети детей, претерпевших сексуальное злоупотребление, симптоматика не проявляется. Таким образом, не существует единого синдрома «сексуального злоупотребления».

Во многих исследованиях были обнаружены связи между предъявленной сексуальной травмой детского возраста и взрослой психопатологией, включая пограничное личностное расстройство (Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990), расстройство соматизации (Morris, 1989), диссоциативную симптоматику (Chu & Dill, 1990), хронические боли в тазовой области (Walker et al., 1988) и диссоциативное расстройство идентичности (Coons, 1986b). Результатом ранней сексуальной травмы следует считать многочисленные и разнообразные сексуальные симптомы (Bass & Davis, 1986; Browne & Finkelhor, 1986), варьирующие, например, от отвращения к сексу до неразборчивости в половых связях. Наши знания об отдаленных последствиях сексуальной травмы детского возраста отмечены большей неопределенностью, чем знания, касающиеся краткосрочных последствий, главным образом, из-за трудностей при установлении причинных связей между ранними переживаниями и взрослым поведением (этот вопрос подробнее обсуждается в разделе «Неразрешенные проблемы» в конце главы).

Споры вокруг сексуальной травмы детского возраста. В ходе нескольких ярких судебных разбирательств выявилась ограниченность наших знаний, касающихся вопросов огромной научной и практической важности. Рассмотренные дела можно разделить на две категории. В одном случае дети обвиняли взрослых сотрудников детских учреждений в разнообразном, зачастую неправдоподобном, сексуальном домогательстве. Самым спорным аспектом этих дел была степень, в которой можно было доверять детским обвинениям. В другом случае речь шла о взрослых, которые утверждали, что вытеснили и полностью забыли эпизоды раннего сексуального домогательства, а впоследствии, находясь уже в зрелом возрасте, «восстановили» эти воспоминания, как правило, при участии терапевтов, уверенных в том, что вытесненные воспоминания о сексуальной травме детского периода очень часто оказываются причиной взрослой психопатологии. Самый спорный аспект в этих случаях — достоверность «восстановленных» воспоминаний.

Свидетельские показания детей. За последнее десятилетие страну потрясли несколько судебных дел, касавшихся предъявленных обвинений в сексуальных травмах, которые были нанесены в детских учреждениях. Самым громким было дело, связанное с событиями в дошкольном интернате Мак-Мартина в Калифорнии. В 1983 году Джуди Джонсон пожаловалась в полицию Манхэттен-Бич, штат Калифорния, на то, что к ее сыну, который посещал интернат Мак-Мартина, пристает один из совладельцев этого заведения, Реймонд Бакки. Жалобы Джонсон казались малоправдоподобными. Например, она обвинила Бакки в том, что тот насиловал ее сына, засунув его голову в унитаз, а также заставлял голым кататься на лошадке. У Джонсон диагностировали острую параноидную шизофрению, и в 1986 году она умерла от алкогольного цирроза печени. К тому времени обвинение уже больше не нуждалось в ней. Дети, проживавшие в интернате, рассказывали совершенно фантастические и зловещие истории, например, о том, что их заставляли выкапывать трупы на кладбище, выпрыгивать из самолетов и забивать животных битами. Тем не менее представители обвинения и многие родители поверили детям (Carlson, 1990). Бакки и его мать (владелицу интерната) судили в течение 2,5 лет; на что ушло 15 млн долларов. Присяжные оправдали миссис Бакки по всем пунктам и не смогли подтвердить участия Реймонда Бакки ни в одном из деяний, что вменялись ему в вину; его, однако, освободили лишь после пересмотра дела, и он провел в заключении 5 лет. Главной причиной, по которой присяжные не сочли подсудимых виновными, было их подозрение, что интервьюеры вынудили детей к рассказу историй о домогательстве, применяя подсказки и принудительные методы ведения допроса, как это описано в главе 7.

Так как дети восприимчивы к чужому влиянию и не всегда могут отличить факт от вымысла, достоверность их показаний составляют важнейшую проблему. Во время интервью, с целью анализа сообщений о сексуальных травмах, предъявленных маленькими детьми, нередко использовались куклы с полным анатомическим соответствием. Из справки 11.2 можно видеть, что в ходе немногочисленных эмпирических исследований, посвященных применению таких кукол, было показано, что маленькие дети при опросе и демонстрации им анатомически выверенной куклы способны показать, что их трогали в местах, к которым в действительности не прикасались. Кроме того, использование подобных кукол не повышает достоверность отчетов не только о зонах прикосновения, но даже о самом его факте (Ceci, 1995).



Из последних данных явствует, что, по сравнению с исключительно вербальными интервью, применение анатомически выверенных кукол при расспросе маленьких детей о зонах прикосновения в ходе предъявленного сексуального злоупотребления не повышает надежности их свидетельских показаний.

Восстановленные воспоминания о сексуальном злоупотреблении. В 1990 году молодая женщина по имени Эйлин Франклин засвидетельствовала в суде, что 20 лет назад она видела, как отец изнасиловал и убил ее восьмилетнюю подружку. Примечательно, что она, вопреки своим утверждениям о том, что была свидетелем убийства, совершенно не помнила о нем до тех пор, пока ее память не «восстановилась» в зрелом возрасте после несчастного случая. Отца Франклин признали виновным и приговорили к пожизненному заключению, хотя в 1995 году приговор был пересмотрен из-за двух серьезных процедурных ошибок, которые могли повлиять на первоначальный вердикт присяжных. В 1993 году Стивен Кук обвинил чикагского кардинала римско-католической церкви Джозефа Бернардина и еще

СПРАВКА 11.2. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Надежность детских отчетов о событиях прошлого

В последние годы, по мере того, как детей стали все чаще и чаще привлекать к даче в суде показаний об их заявленном физическом и сексуальном травмировании родителями или другими взрослыми, повысилась обеспокоенность исследователей возможностью установить, насколько мы вправе доверять свидетельским показаниям детей, особенно *малолетних*. Так как известно, что случаи жестокого обращения с детьми встречаются с прискорбной частотой, к детским сообщениям о подобных фактах следует всегда относиться серьезно. Однако все больше растут сомнения в достоверности показаний малолетних детей, особенно когда их подвергают многократным интервью на протяжении многих месяцев, задавая откровенно наводящие вопросы, нередко – в атмосфере принуждения. К сожалению, иногда именно так обращаются с детьми перед судебными разбирательствами, где им предстоит давать показания.

Стивен Сеси, специалист по психологии развития, в результате анализа серии экспериментов пришел к выводу, что существуют серьезные сомнения в достоверности свидетельских показаний малолетних детей в случаях, когда их многократно и в течение длительного времени подвергают интервью суггестивного свойства (Ceci, 1995). Сеси, например, суммировал данные в пользу того, что дошкольникам труднее различать между реальными и воображенными действиями (действительно ли они дотронулись до своего носа или только вообразили это), чем детям старшего возраста или взрослым (Foley et al., 1989). В одном из экспериментов Сеси с коллегами предложили взрослым еженедельно, в течение десяти недель спрашивать у маленьких детей, действительно ли с ними произошли те или иные реальные (например, несчастный случай с последующим наложением швов) или вымышленные (попадание руки в мышеловку с последующей поездкой в больницу, чтобы высвободить ее) события. В одной из версий этого эксперимента незнакомые взрослые проводили с детьми судебные интервью. В процессе его интервьюер сначала старается успокоить ребенка, затем позволяет ему свободно рассказать о том, что произошло, и задает уточняющие вопросы. Все интервью фиксировались на видеопленку. Результаты были ошеломляющими. Свыше половины дошкольников (58%) заявили, что с ними реально произошло, как минимум, одно вымышленное событие, а 27% утверждали, что они были участниками едва ли не всех вымышленных событий. Рассказы, в которых они описывали такие события, нередко были развернутыми, приукрашенными и связными, а сами дети обычно выказывали эмоции, соответствовавшие их содержанию. Более того: оказалось, что дети по-настоящему верили в реальность этих событий, так как были случаи, когда Сеси и родителям ребенка не удавалось разубедить его в подлинности повествования. Дети часто возражали им: «Но это же было на самом деле,

одного священника в сексуальных действиях, предпринятых в адрес Кука 17 годами раньше, когда тому было 17 лет. Кроме того, Кук заявил, что давно забыл об этом происшествии и только благодаря терапии его память восстановилась. Позднее Кук отказался от своих обвинений в адрес Бернардина, обеспокоенный тем, что «восстановленная память» могла его подвести, а позже даже принес кардиналу Бернардину личные извинения за навет.

В последние годы разгорелись жаркие дебаты о возможности полного вытеснения травматических воспоминаний с последующим, через много лет, их восстановлением в неповрежденном виде. Некоторые исследователи настаивали, что вытесненные воспоминания — достаточно частое явление (Herman, 1993); они повинны

я помню» (Ceci, 1995, p. 103). Когда Сеси показывал эти видеозаписи психологам, имеющим опыт проведения интервью с детьми, им лишь случайно удавалось отделить реальные события от вымышленных. Аналогичные результаты были получены при показе видеопленок судьям, социальным работникам и психиатрам. Сеси сделал вывод: «Многократное размышление над вымышленными событиями способно привести к тому, что дошкольники представят красочные, подробные отчеты, которые профессионалы не в состоянии отличить от рассказов о подлинных событиях» (1995, p. 103).

В другом важном исследовании под названием «Изучение Сэма Стоуна» Лейхтман и Сеси (Leichtman & Ceci, 1995) на протяжении десяти недель 4 раза расспрашивали дошкольников о деталях ранее инсценированного, двухминутного визита в их детский сад незнакомца по имени Сэм Стоун. Одним детям ничего не сообщали о Сэме Стоуне до его визита и никогда не задавали наводящих вопросов по ходу всех 4-х интервью. Другим детям давалось стереотипное представление о Сэме Стоуне до его появления. Например, говорилось, что он неуклюж: «Этот Сэм Стоун постоянно попадает в переделки и ломает вещи». Затем предлагались наводящие вопросы, например:«Помнишь, как Сэм Стоун... пролил какао на белого плюшевого мишку? Как, по-твоему, он сделал это нарочно или нечаянно?» Месяцем позже, по завершении всех 4-х последовательных интервью (примерно через 14 недель после визита Сэма Стоуна), всех детей, действуя согласно судебной процедуре, расспросил новый интервьюер. Он спрашивал о двух событиях, не происходивших в ходе визита Сэма Стоуна: испачкал ли тот плюшевого мишку и/или порвал ли он книжку. В группе детей, которым не давали никакой предварительной информации о Сэме Стоуне и не задавали никаких наводящих вопросов во время первоначальных 4-х интервью, лишь 10% из числа самых маленьких дошколят заявили, что Сэм Стоун действительно совершил какой-то проступок из перечисленных небылиц. Если им деликатно возражали, то на своем утверждении настаивали лишь 2,5% детей. (Дошкольники старшего возраста редко совершали такие ошибки.) В отличие от них, в группе младших дошкольников, которых заранее познакомили со стереотипным образом неуклюжего Сэма Стоуна и которым задавали наводящие вопросы в ходе 4-х интервью, поразительно большое количество – 72% из самых маленьких – заявили, что Сэм Стоун либо испачкал мишку, либо порвал книгу, либо сделал и то, и другое. При деликатном возражении 44% продолжали упорствовать, утверждая, будто видели это своими глазами. Лейхтман и Сеси проверили убедительность этих отчетов, показав видеозаписи отдельных судебных интервью более 1000 исследователей и клиницистов, работающих с детьми. На вопрос, какие события действительно имели место в ходе визита Сэма Стоуна, и на просьбу оценить достоверность детских показаний, большинство профессионалов допустило грубые ошибки. Так, рассказ ребенка, наименее соответствовавший действительности, расценивался как наибо-

во многих психопатологических состояниях. В спорной, но имеющей большую популярность книге «Бесстрашие к исцелению» (*The courage to heal*) журналистки Эллен Басс и Лаура Дэвис уверенно заявили: «Если вы не в силах вспомнить никаких явных случаев [сексуального злоупотребления]... но у вас есть ощущение, что нечто подобное с вами произошло, то, вероятно, так оно и было в действительности» (1988, p. 21). Некоторые терапевты имеют обыкновение давать эту книгу своим клиентам, и те потом нередко сообщают о «восстановлении» подобных воспоминаний. Исследователи, скептически относящиеся к восстановлению вытесненных воспоминаний, указывают, что даже реальные, не подвергавшиеся вытеснению воспоминания могут быть глубоко неточными, а ложные воспоминания можно вызвать в эксперименте (Loftus, 1993; Loftus et al., 1995, в печати). В одном иссле-

лее правдоподобный, и наоборот. Лейхтман и Сеси (Leichtman & Ceci, 1995) пришли к выводу: «Дело не в том, что представители этих аудиторий хуже, чем кто-либо другой оценивали достоверность детских отчетов, но в том, что последнюю крайне трудно отличить от неправды, когда детей, через продолжительные для их памяти периоды времени, подвергают многократным ошибочным суггестиям, особенно при предварительном ознакомлении со стереотипами» (p. 20).

Наконец, работа Сеси порождает сомнения и в целесообразности использования анатомически выверенных кукол (кукол с половыми органами) для символического воспроизведения действий, по крайней мере, при работе с очень маленькими детьми. Брук с коллегами (Bruck et al., 1995) изучили 70 трехлетних мальчиков и девочек, приходивших на прием к педиатру; у 35 детей обследовались гениталии (что подразумевало прикосновение к генитальной области без проникновения), а у 35 такого обследования не проводилось. При обследовании присутствовали их матери. Через 5 минут в присутствии матерей у детей спрашивали, к какому месту прикоснулся доктор. Им показывали анатомических кукол и просили показать на них эти места. При вербальных расспросах большинство детей, которым не проводилось обследование гениталий, надлежащим образом воздержались от заявления, будто к ним прикасались. Однако, стоило дать им анатомическую куклу, как почти 60% из тех, кому не проводилось генитальное исследование, заявили, что доктор предпринимал генитальное и/или анальное проникновение, а также другие действия, вселяющие тревогу. С другой стороны, больше половины детей, чьи гениталии были обследованы, заявили, что к ним, вопреки реальному положению дел, не притрагивались. Вероятно, применение анатомических кукол не повышает достоверность отчетов трехлетних детей о реально произошедших событиях. Предшествующее исследование, выполненное Гудманом и Аманом (Goodman & Aman, 1990) с детьми 5 лет, также не продемонстрировало целесообразности использования анатомических кукол для извлечения информации, хотя малыши редко сообщали о реально не существовавших генитальных контактах. Эти и другие исследования привели Сеси и его коллег к выводу, что «хотя дети старшего возраста ошибаются реже, по-прежнему нет никаких данных в пользу того, что куклы положительно сказываются на их сообщениях» (Bruck et al., 1995).

Итак, несмотря на то, что малыши способны правильно вспоминать все произошедшее с ними, они больше, чем старшие дети и взрослые, восприимчивы к великому множеству источников постсобытийных искажений. Тем не менее даже взрослые, хотя и в меньшей степени, также бывают восприимчивы к подобным источникам (Loftus, Feldman, & Dashiell, 1995; см. еще раз справку 7.3), а потому различие состоит в степени, а не в существе дела (Ceci, 1995).

довании, например, мальчику-подростку сказали (введя его в заблуждение), что он, когда был маленьким, потерялся в универмаге, страшно перепугался, а потом его спас какой-то добрый дяденька. Несмотря на то что сначала молодой человек ничего не помнил о таком событии, через пару недель он уже ярко описывал происшествие, рассказывая, как выглядел тот дяденька и во что он был одет.

На момент написания этих строк достоверность воспоминаний о сексуальной травме детского возраста, разбуженных в процессе терапии, остается крайне спорным вопросом. У людей можно вызвать ложные воспоминания, и некоторые авторы считают концепцию вытесненных воспоминаний несостоятельной. По их мнению, практически все «восстановленные воспоминания» — ложные (Crews, 1995; Loftus & Ketchum, 1994). Другие считают, что ложные воспоминания встречаются редко, а восстановленные, как правило, являются достоверными (например, Pope, 1996). В качестве доказательства они приводят случаи, подобные случаю Росса Чейта. В 1992 году Чейт, профессор Университета Брауна, беседовал со своей сестрой о каникулах ее сына; по ходу беседы он почувствовал себя подавленным и расстроенным. Вскоре после этого он вдруг подумал о человеке по имени Уильям Фармер, руководителе летнего лагеря, где Чейт отдыхал, когда был в том же возрасте, что и его племянник, и вспомнил, что Фармер неоднократно приставал к нему с сексуальными намерениями. Впоследствии Фармер во всем признался. Уильямс (Williams, 1994) обнаружил, что в ходе интервью, проведенном в зрелом возрасте, о сексуальной травме не смогли вспомнить 38% женщин с документально подтвержденным сексуальным злоупотреблением в детстве. Те, кто скептически относится к восстановленным воспоминаниям, утверждают, что эти данные не совсем то же самое, что воспоминания, восстановленные в ходе психотерапии. Например, если, прежде чем Росс Чейт вспомнил о событии, его бы прямо спросили, приставал ли к нему Фармер, то повлекло бы это за собой отрицательный ответ или вызвало мгновенное восстановление воспоминания? Был ли это случай вытесненных воспоминаний или случай, когда человек старается не думать о неприятном переживании? С учетом того факта, что многие женщины не предъявляют анамнестические сексуальные травмы детства, к альтернативным объяснениям вытесненных воспоминаний относится возможность того, что они не хотят ничего говорить интервьюерам, или просто забыли, а не вытеснили свои переживания (Loftus, Feldman & Garry, 1994). Психологам известны факты, в равной степени опровергающие каждую из данных точек зрения, и, как говорилось в главе 7, специальной комиссии, учрежденной Американской ассоциацией психиатров для изучения этого вопроса, не удалось прийти к единому мнению.

Проблема восстановленных воспоминаний разделила на два лагеря не только ученых и клиницистов, но и целые семьи. Многие дети, основываясь на восстановленных воспоминаниях, обвинили своих родителей в сексуальном злоупотреблении в прошлом. Некоторые дети вменили родителям иск о возмещении ущерба, и ряд судов постановил исчислять срок давности, исходя из даты воспоминания о преступлении, а не из даты его совершения (Green, 1992). Недавно один из отцов успешно выиграл дело против терапевта своей дочери, которого обвинил в навязывании ложных, по его утверждению, воспоминаний о прошлом сексуальном злоупотреблении с его стороны (Johnston, 1997). Большая группа родителей, утверждавших, что они стали жертвами ложного обвинения детьми в сексуальном домогатель-

стве, образовала «Фонд помощи при синдроме ложных воспоминаний» (Gardner, 1993). (На самом деле эту организацию основала женщина, обвинившая своих родителей в сексуальном злоупотреблении и затем отказавшаяся от своих претензий, так как поняла, что ничего подобного никогда не происходило.) Другие выступили против создания такого фонда, считая его ширмой, за которой скрывается организация, защищающая педофилов (Herman, 1994). Дебаты по поводу восстановленных воспоминаний о сексуальном злоупотреблении относятся к числу самых важных и интересных современных споров, ведущихся в сфере психопатологии и охраны психического здоровья (см. раздел «Неразрешенные проблемы» главы 7).

Педофилия

Педофилия представляет собой парафилию, при которой предпочтительными или исключительными сексуальными партнерами взрослого оказываются дети допубертатного возраста. Важно подчеркнуть, что педофилия определяется уровнем физического созревания предпочитаемого партнера, а не его возрастом. Поэтому в работах, посвященных сексуальному злоупотреблению в детстве, где этот период обычно определяется с точки зрения возрастных рамок, не всегда идет речь о педофилах. Почти все педофилы — мужчины, а около двух третей их жертв — девочки в возрасте от 8 до 11 лет (Marshall, 1997). Процент технически гомосексуальных педофилических контактов намного выше уровня гомосексуализма в общей популяции. Это не означает, однако, что гомосексуалисты в большей степени склонны вступать в сексуальные отношения с детьми, чем гетеросексуальные мужчины (Freund, Watson, & Rienzo, 1989). Скорее, это отражает тот факт, что многим педофилам не столь важен пол их жертв, главное, чтобы те соответствовали определенному возрасту (Freund & Kuban, 1993).

Педофилия часто подразумевает различные манипуляции с детскими гениталиями. Было принято считать, что сексуальная пенетрация случается редко; однако в одном исследовании было показано, что она имеет место больше, чем в половине случаев, а в 89% таких эпизодов применяется физическое насилие (Stermac, Hall & Henskens, 1989). Хотя пенетрация и сопровождающее ее насилие часто приводят к физической травматизации ребенка, подобные травмы обычно бывают побочным следствием, а не целью, как в случае садистических действий.

При изучении сексуальных реакций у педофилов в различных исследованиях были получены практически одинаковые результаты (Barbaree, 1990). В этих случаях обычно прибегают к *пенильной плетизмографии*, которая позволяет не полагаться на самоотчеты, а непосредственно измерить эректильные реакции на сексуальные стимулы. (Плетизмограф представляет собой растягивающуюся манжету, ее надевают на половой член и подсоединяют к записывающему устройству.) Как правило, те мужчины, которые сексуально домогались незнакомых девочек, испытывали большее сексуальное возбуждение при показе изображений обнаженных или частично одетых девочек по сравнению с индивидами, не совершавшими подобных деяний. Интересно, однако, что преступники активно реагировали и на зрелых женщин. У мужчин, пристававших к незнакомым мальчикам, наблюдалась сексуальная реакция на зрелых мужчин и женщин. Несмотря на то что педофилы демонстрируют девиантные паттерны сексуального возбуждения, они также способны при определенных обстоятельствах испытывать возбуждение по отношению

к взрослым. Следовательно, само по себе девиантное сексуальное предпочтение не может объяснить, почему некоторые мужчины становятся педофилами. К другим факторам относятся когнитивные и факторы несексуальной мотивации. Педофилы, например, чаще, чем лица, не совершавшие подобных преступлений, считают, что детям пойдут на пользу сексуальные контакты с взрослыми и что они нередко сами провоцируют их на такие контакты (Segal & Stermac, 1990). Можно предположить, что педофилы хотят испытать превосходство или власть над другим индивидом, а некоторые из них идеализируют такие аспекты детского возраста, как невинность, безусловная любовь и бесхитростность. В действительности самый частый тип среди педофилов — это, скорее всего, мужчина, не искушенный в навыках межличностного общения и испытывающий влечение к детям, так как он чувствует в себе способность контролировать отношения с ними.

Вспышка педофилии имела место в группе лиц, исконно заслуживавших высочайшего доверия: в рядах католического духовенства. Хотя большинство священников неповинны в сексуальных прегрешениях, католическая Церковь признала за значительным меньшинством своих представителей вину в сексуальных злоупотреблениях, включая педофилию. В 1980-х годах соответствующие обвинения были предъявлены как минимум 400 священникам, а в погашение ущерба, начиная с 1985 года, было выплачено 400 миллионов долларов (Samborn, 1994). Самым крупным скандалом на сегодняшний день стало дело 57-летнего Джеймса Р. Портера, отца четырех детей, которого обвинили в растлении 100 детей за период его службы священником в Массачусетсе в 1960-х годах. Дело осложнялось тем, что первый из обвинивших его потерпевших заявил о восстановленных воспоминаниях, касавшихся сексуальной травмы. Вслед за этим Портер признался в своих преступлениях и был признан виновным в том, что в 1987 году донимал сексуальными домогательствами няню своих детей. Церковь выделила многомиллионную компенсацию 25 мужчинам, ставшим жертвами Портера в годы его службы священником. В связи с этим звучали призывы к Церкви предпринять более активные действия по выявлению, изоляции и лечению преступных священников (Greeley, 1993).

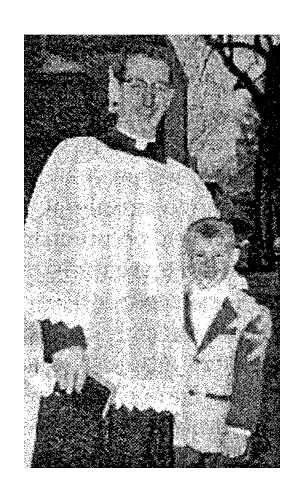
Инцест

Культурно табуированные сексуальные связи (включая коитус) между членами семьи, например между братом и сестрой или родителями и детьми, известны под названием **инцест**. Несмотря на то что в некоторых немногих обществах инцестуозные отношения одобрялись (в свое время у египетских фараонов существовал обычай жениться на своих сестрах во избежание «порчи» царской крови), для человеческой цивилизации табу на инцест является практически универсальным. Инцест часто приводит к рождению детей с психическими и физическими нарушениями. Например, по данным одного исследования, 15 из 38 детей, родившихся в инцестуозных союзах, были госпитализированы для лечения умственной отсталости (Jancar & Johnston, 1990). В таких последствиях кровосмешения между близкими родственниками отражается взаимодействие редких рецессивных генов с негативными эффектами. Генетически близкие родственники намного чаще людей, не связанных между собой кровными узами, несут в себе одни и те же неблагоприятные гены, а потому имеют детей, у которых последние объединяются в пары. По-видимому, именно по этой причине многие животные и все известные

приматы избегают совокупления с близкими родственниками. У людей механизм избегания инцеста связан с отсутствием сексуального интереса к лицам, окружающим их с самого раннего детства. Например, дети, которые вместе воспитываются в израильских киббуцах, но не связаны между собой кровными узами, редко, став взрослыми, вступают в брак или интимные отношения со своими однокашниками (Shepher, 1971). В эволюционном смысле это оправдано. В большинстве культур дети, растущие вместе, являются биологическими сиблингами.

Инцест традиционно определяется как сексуальная связь между биологическими родственниками. Недавние тенденции к образованию семей с нетрадиционным составом, куда входят приемные родители и приемные дети, заставили некоторых исследователей распространить определение инцеста на юридических родственников. Браки между ними не приводят к катастрофическим генетическим последствиям, и потому можно ожидать, что для этого контингента табу на инцест будет менее эффективным. С другой стороны, вполне вероятно, что молодая женщина, сексуально оскорбленная своим отчимом, в психологическом отношении будет страдать так же, как и та, которой нанесет травму ее биологический отец. В настоящее время мы не обладаем никакими релевантными исследованиями, касающимися этого вопроса.

В нашем обществе уровень реального распространения инцеста трудно установить, так как эти факты зачастую становятся явными лишь при обращении к органам правопорядка или в другие учреждения. Можно с полной уверенностью сказать, что он имеет место чаще, чем мы предполагаем, отчасти потому, что многие жертвы неохотно сообщают об инцесте или не считают себя пострадавшими (De Young, 1982; Maisch, 1972). В 1985 году распространенность «внутрисемейного сексуального злоупотребления», попавшего в поле зрения профессионалов, приблизилась к 100 000 (Williams & Finkelhor, 1990). Самая частая, хотя и редко признаваемая форма инцеста — это, очевидно, сексуальные отношения между братом и сестрой (Masters et al., 1992). По данным двух исследований, о таком паттерне фактически сообщали в 5 раз чаще, чем о другом виде инцеста, занимающем второе место по своей распространенности — отцовско-дочернем (Gebhard et al., 1965;





Джеймс Р. Портер, бывший священник римско-католической церкви, был признан виновным в актах педофилии, совершенных им много лет назад. Ему предъявили обвинение после того, как несколько человек выступили с рассказами о сексуальном домогательстве, которому они подвергались, когда были детьми, прихожанами его церкви.

Kinsey et al., 1948, 1953). Материнско-сыновний инцест считается сравнительно редким. При изучении 78 случаев инцеста, из которых исключили контакты между братьями и сестрами, Мэйш (Maisch, 1972) обнаружил, что 85% выборки составили сексуальные контакты между отцами и дочерьми, а также между отчимами и падчерицами; материнско-сыновний инцест составил всего 4%. Вероятно, девочки, живущие с отчимами, подвергаются особенно высокому риску инцеста, наверное, в связи с меньшей табуированностью инцеста между родственниками, не связанными кровными узами (Finkelhor, 1984; Masters et al., 1992; Russell, 1986). В редких случаях в одной и той же семье могут быть представлены многие паттерны инцеста, а некоторые инцестуозные отцы вступают в сексуальную связь поочередно со всеми своими дочерьми, едва те достигают половой зрелости.

Инцестуозные отцы отличаются меньшим интеллектом, чем другие, но у них, как правило, нет никаких признаков серьезной психопатологии (Williams & Finkelhor, 1990). В действительности они часто бывают робкими, придерживаются традиций и заявляют о преданности своим семьям (Masters et al., 1992). Большинство инцестуозных преступников не педофилы; педофилические паттерны возбуждения отмечаются лишь у одной пятой — одной трети из них (Langevin et al., 1985; Marshall, Barbaree, & Christophe, 1986). В анамнезе у большинства инцестуозных отцов присутствовали значительные сексуальные дисфункции при общении с женами или взрослыми партнершами. Кроме того, они старались избегать любых действий по уходу и воспитанию детей, которые так или иначе понудили бы их обращаться с ними именно как с детьми, а не с сексуальными объектами. Инцестуозные отцы, хотя и не были особенно заботливыми, устанавливали над своими жертвами гиперопеку, что можно объяснить попыткой изоляции и желанием монополизировать их. Жены мужей, практиковавших инцест, нередко и сами оказывались в прошлом жертвами сексуальных посягательств. Более чем в двух третях таких случаев жена не помогала ребенку и не защищала его, даже зная об инцесте (Masters et al., 1992). Несмотря на наличие вышеуказанных связей, ни одним отдельным паттерном не удается адекватно охватить всех инцестуозных отцов и их семьи.

Изнасилование

Под термином **изнасилование** понимается сексуальное действие, происходящее в условиях фактического или угрожающего насильственного принуждения одного лица другим лицом. В большинстве государств юридические определения ограничивают изнасилование принудительным половым актом или введением в естественные отверстия тела пениса или другого предмета. Изнасилованием несовершеннолетнего считается сексуальный контакт с лицом, которое юридически (по *статуту* или по закону) считается несовершеннолетним (в большинстве стран — младше 18 лет). Изнасилование несовершеннолетнего считается состоявшимся независимо от проявленного желания малолетнего партнера. В подавляющем большинстве случаев изнасилование является преступлением мужчин против женщин, хотя в условиях заключения оно часто совершается мужчинами против мужчин. Как и в случае сексуальной травмы детского возраста, некоторые вопросы, касающиеся изнасилования, остаются спорными в научном и политическом отношении. Два особенно противоречивых вопроса: распространенность, а также изначальный мотив к изнасилованию, которым может быть либо секс, либо агрессия.

Распространенность

Определение распространенности изнасилований на первый взгляд может показаться достаточно простым, однако многочисленные исследования значительно расходятся в своих данных (Lynch, 1996). Цифры могут варьировать в зависимости от взятого за основу определения, а также от путей сбора информации (например, использование косвенных или прямых вопросов). ФБР исправно собирает статистическую информацию, касающуюся большинства крупных преступлений, о которых сообщается в местные правоохранительные инстанции, и поступающую со всех концов страны. Частота незаявленных случаев изнасилования может быть установлена исходя из Государственного криминального опроса, проведенного статистическим отделом при министерстве юстиции, который опирался на вероятностную выборку из 59 000 семей. При опросе респонденток спрашивали, приходилось ли им пережить «насильственный или принудительный половой акт». Распространенность предъявленных случаев изнасилования за период между 1979 и 1990 годами была вполне устойчивой, составляя в среднем 70–80 изнасилований на 100 000 женщин в год (Federal Bureau of Investigation, 1991). Общая распространенность изнасилований (заявленных и сокрытых) была приблизительно вдвое выше. Если спроецировать полученные данные на прижизненный риск подвергнуться изнасилованию, то, по самым разумным подсчетам, в течение жизни жертвами изнасилования или попытки к нему становится от 5 до 7% женщин (Gilbert, 1992).

В ходе Государственного опроса приблизительно 2000 женщин (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993) был задан вопрос: бывало ли в их жизни так, чтобы «мужчина или мальчик принуждали их к сексу, используя силу, угрожая причинить вред им или их близким». Когда секс определялся как завершенная вагинальная или анальная пенетрация или принудительный оральный секс, то 13% женщин ответили,

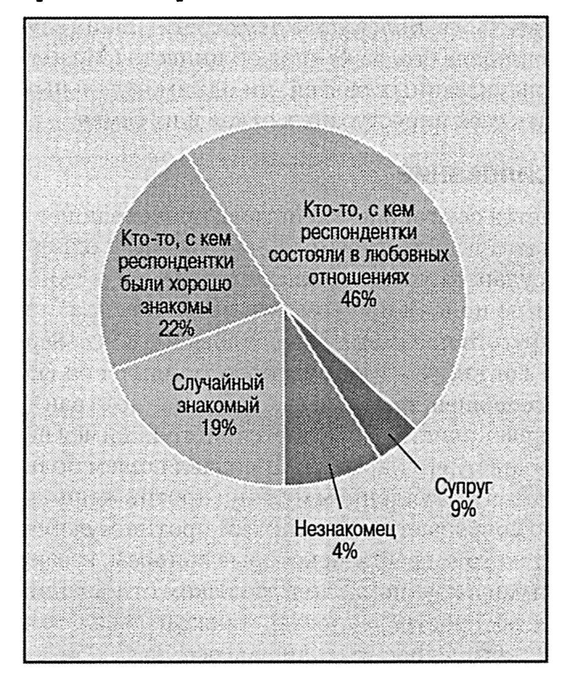


Рис. 11.1. Отношения респонденток с мужчинами, принуждавших их к выполнению тех или иных сексуальных действий
Примечание: численность выборки = 204. Сюда входят респондентки, сообщившие о когда-либо имевших место случаях, когда «мужчины принуждали их к каким-либо сексуальным действиям, которые им не хотелось выполнять». 86 женщин (или около 30% от общего числа) сообщили о сексуальном принуждении со стороны более чем одного мужчины; эти данные не представлены на рисунке, но распределение насильников в зависимости от существовавших отношений между ними выглядит так же.

что в какой-то момент жизни такое с ними случалось, — цифра, которая намного превышает статистические данные министерства юстиции. Два упомянутых опроса имеют значительные отличия во многих отношениях, которые могли оказать влияние на их конечный результат, однако неясно, какие цифры дают более точное представление о распространенности изнасилования (Lynch, 1996). Даже низшая цифра вызывает тревогу.

Чем мотивируется изнасилование: сексом или агрессией?

Изнасилование традиционно классифицировалось как сексуальное преступление, и общество полагало, что насильник мотивируется сексуальным желанием. Однако некоторые ученые феминистских взглядов оспорили это мнение, утверждая, что изнасилование мотивируется скорее потребностью в доминировании, утверждении власти и унижении жертвы, нежели сексуальным влечением к ней (Brownmiller, 1975). Прежде чем оценить утверждение о том, что изнасилование связано не с сексом, а с агрессией, важно подчеркнуть один неоспоримый факт. Какие бы мотивы ни имел насильник, жертвы изнасилования не получают от его действий сексуального удовольствия. Миф о том, что иногда дело обстоит наоборот, опасен и, может быть, толкнул некоторых мужчин на изнасилование, а кого-то из присяжных — на их оправдание. Изнасилование относится к ситуациям, которых женщины сильнее всего боятся (Gordon, 1992). Даже в контексте романтических отношений женщины расценивают принуждение к сексу как самое разрушительное, что только может сделать партнер (Buss, 1994). Более того: с точки зрения жертвы, изнасилование всегда акт насилия, независимо от мотивации насильника.

Некоторые авторы предприняли оценку ряда причин, выдвигаемых теми, кто считает изнасилование не мотивированным сексуально, и нашли их неубедительными (Ellis, 1989; Palmer, 1988). Например, несмотря на то что у многих насильников есть постоянные сексуальные партнерши, мужчинам часто хочется обзавестись многочисленными сексуальными отдушинами. Так, по мнению Браунмиллер (Brownmiller, 1995), жертвами изнасилований становятся женщины всех возрастов и степеней физической привлекательности. Это утверждение верно, однако выбор жертв не случаен и зависит от возраста: среди них велика доля женщин чуть младше и чуть старше 20 лет. Такое возрастное распределение значительно отличается по сравнению с теми, что встречаются при других преступлениях против личности, направленных, главным образом, против пожилых людей в силу их беззащитности. Возраст жертв изнасилования, напротив, превышает 50 лет менее чем в 5% случаев (Groth, 1979). Тот факт, что женщин старшего возраста насилуют намного реже, несмотря на их беззащитность перед преступлениями против личности вообще, подтверждает мнение, согласно которому насильники предпочитают молодых (и более привлекательных) жертв. Сами насильники признавались, что предпочитают «идеал американской мечты: симпатичных, приветливых, молодых, хорошеньких белых женщин, принадлежащих к среднему классу» (Geis, 1977, p. 27). Кроме того, насильники обычно называют сексуальную мотивацию в числе основных причин своих действий (Smithyman, 1978, p. IV). Наконец, как мы увидим, по крайней мере у некоторых насильников обнаруживаются парафилические черты, такие как характерный паттерн возбуждения под влиянием анормальных стиму-

лов (в данном случае — изнасилования), а также многочисленные парафилии (Abel & Rouleau, 1990). Парафилам присуща высокая сексуальная мотивация. Поэтому, на наш взгляд, сексуальное желание служит фактором, мотивирующим многих насильников. В то же время мы согласны с Дэвидом Финкельгором, который говорит, что «Дебаты вокруг сексуальной мотивации при сексуальных злоупотреблениях являются своего рода неудачным отвлекающим маневром... целью должно быть объяснение того, как вписывается в них сексуальный компонент» (Finkelhor, 1984, pp. 34–35).

Недавно были предприняты некоторые шаги к цели, поставленной Финкельгором. Реймонд Найт и Роберт Прентки, изучающие сексуальных преступников, разработали систему классификации насильников, согласно которой все они руководствуются и агрессивными, и сексуальными мотивами, однако в разной степени. Два подтипа из тех, что были выявлены, мотивируются в первую очередь агрессией, а два — искаженными сексуальными мотивами (Knight & Prentky, 1990; Knight, Prentky & Cerce, 1994). В ходе исследования, целью которого была дальнейшая разработка данной классификационной системы, Барбари с коллегами (Barbaree et al., 1994) обнаружили, что насильники, отнесенные к выше упомянутым сексуальным подтипам, демонстрировали большее сексуальное возбуждение при просмотре видеозаписей со сценами изнасилования, чем насильники, отнесенные к агрессивным подтипам. Дальнейшие исследования в целях совершенствования данной классификационной системы помогут разработать более совершенные методы лечения насильников, принадлежащих к разным подтипам.

Изнасилование и его последствия

Изнасилование чаще оказывается многократно повторяемым действием, нежели единичным актом, и в большинстве случаев планируется заранее. Около 80% насильников действуют в районах своего проживания; большинство изнасилований происходит в городах в ночное время суток. Однако особенности обстановки, в которой происходит изнасилование, значительно варьируют. Акт изнасилования может быть совершен на пустынной улице после наступления темноты, в автомобиле на парковочной стоянке при большом универмаге, в лифте или в коридоре здания и в других ситуациях, где жертве не приходится рассчитывать на помощь. Насильникам также случалось проникать в дома и квартиры под видом посыльных или ремонтников. На самом деле изнасилования чаще всего происходят в домах жертв.

Примерно в трети всех случаев изнасилования преступник бывает не один, и действия насильников сопровождаются побоями. Остальные преступления совершаются одиночками; в этих случаях насильник и жертва могут быть знакомы и чем ближе их отношения, тем более жестоко избивается жертва. Когда жертва борется с насильником, она получает более тяжелые травмы; в редких случаях ее убивают. С другой стороны, в одном исследовании было показано, что, когда жертвам удавалось поднять крик и пуститься в бегство, эти действия чаще помогали им избежать изнасилования (Selkin, 1975).

Как говорилось в главе 4, жертве, помимо физической, может быть нанесена тяжелая психологическая травма, приводящая к так называемому синдрому травмы,

нанесенной изнасилованием (Burgess & Holmstrom, 1974), или ПТСР (Becker & Kaplan, 1991). Одним особенно неблагоприятным последствием изнасилования является возможность наступления беременности, а также существует риск заражения венерическим заболеванием. Кроме того, изнасилование может негативно сказаться на отношениях жертвы в браке или других интимных контактах. Ситуация окажется особенно мучительной для мужа или друга, если их заставляют наблюдать за изнасилованием, что бывает, когда жертву насилует банда молодых хулиганов.

Понятие об изнасиловании, «спровоцированном жертвой», которое так любят в адвокатских и некоторых полицейских и судебных кругах, при близком рассмотрении оказывается мифом. С этой точки зрения, жертва, несмотря на наличие психологических и физических травм, не говоря уже о случаях с более тяжелыми последствиями, считается виновницей преступления зачастую потому, что была, по мнению обвинителей, провокационно одета, имеет небезупречное сексуальное прошлое или по собственной неосторожности оказалась в опасном районе (Stermac, Segal & Gillis, 1990). С другой стороны, считается, что напавшему человеку не удалось сдержать свое вожделение перед лицом столь обезоруживающей провокации, а потому он не подлежит ответственности за свои действия. Наше общество настолько отягощено сексуальным насилием, что в состоянии отказаться от такого рода бессмысленной и надуманной юриспруденции. Почти за столетие совокупной клинической практики никто из авторов никогда не встречался с женщиной, хотевшей, чтобы ее изнасиловали. Мы также никогда не слышали о сколько-нибудь убедительной ссылке на подобный случай. Однако, вопреки данным фактам, пагубное и опасное представление о возможном желании женщины быть принужденной к сексуальным отношениям, является устойчивым и широко распространенным (Segal & Stermac, 1990).

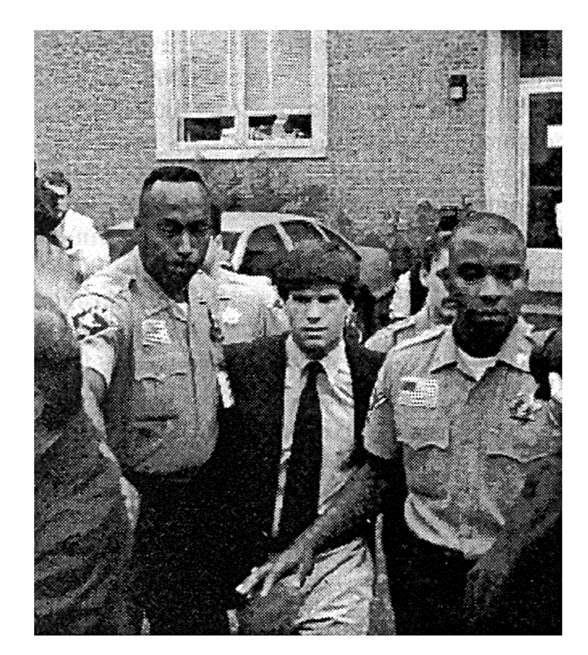
В провокации нападений особенно подозревают женщин, неоднократно подвергавшихся изнасилованию. Такие женщины, как правило, бывают в значительной степени дисфункциональны во многих сферах жизни, а потому становятся жертвами и разных ситуаций, не связанных с изнасилованием и, может быть, сопровождающихся сексуальной травматизацией в других ее формах. Они могут, например, стать, жертвами вуайеров или эксгибиционистов или подвергаться менее тяжким сексуальным посягательствам, чем откровенное изнасилование (Koss & Dinero, 1989). Они далеки от бытующего в народном фольклоре образа соблазнительницы, зачастую чрезвычайно слабы и неадекватны (что иногда бывает следствием прошлого злоупотребления), располагают недостаточными ресурсами для противодействия тем, кто стремится их использовать (Ellis, Atkeson & Calhoun, 1982; Myers et al., 1985).

Изнасилование, пусть и менее жестокое, является грубым, интрузивным посягательством на неприкосновенность личности человека, его индивидуальность и определенные им границы. К этому преступлению следует относиться с большей серьезностью, а к его жертвам — с бóльшими состраданием и чуткостью, чем это принято. Многое еще предстоит сделать (Koss, 1983) для оказания услуг таким жертвам, большинство из которых страдают посттравматическим стрессовым расстройством умеренной степени тяжести (см. главу 4).

Насильники

Исходя из информации, собранной ФБР в отношении задержанных и осужденных насильников, изнасилование обычно совершаю молодые люди. Согласно «Сводке криминальных отчетов» ФБР, около 60% из всех задержанных насильников пребывают в возрасте менее 25 лет, при наибольшей их концентрации в возрастной группе 18–24-летних. Из тех насильников, данные о которых попадают в полицейские сводки, от 30 до 50% женаты и на момент преступления проживают в семье. Как правило, они находятся на нижних ступенях социоэкономической лестницы и обычно уже имеют судимости (Masters et al., 1992). В основном это неквалифицированные рабочие с низким интеллектом, начальным образованием и низкими доходами. Большинство из них имеет судимости. Примерно половина из них — сильно пьющие люди или пьяные на момент совершения изнасилования. Семьдесят процентов раньше никогда не встречались со своими жертвами.

Насколько похожи насильники, отбывающие срок в заключении, на других насильников? Данные говорят о наличии как серьезного сходства, так и значительных различий. В одном исследовании, при сравнении с другими мужчинами, студенты-насильники в количестве 71 человека, совершившие насилие в ходе свидания (то есть принадлежавшие к категории знакомых, которые обычно насилуют женщину во время свидания или в ходе иной социальной интеракции), описывали себя более активными и успешными в сексуальном отношении (Kanin, 1985). Однако в силу большей сексуальной озабоченности, они чаще чувствовали себя сексуально обездоленными. Кроме того, насильники, совершающие свои преступные деяния на свиданиях, часто относятся к «враждебному маскулинному типу личности» (Malamuth, Linz, Heavy & Barnes, 1995), что подразумевает у них враждебность по отношению к женщинам и женственности (включая такие позитивные женские черты, как заботливость) и преувеличенную маскулинность с акцентом на силе, контроле и мачизме. Найт (Knight, 1997) обнаружил, что как преступники, пытающиеся со-



Алекс Келли, молодой человек из благополучной семьи, который никоим образом не подпадает под сложившийся у нас стереотип насильника, в 1997 году был признан виновным в изнасиловании 16-летней девушки, имевшем место в 1986 году, и приговорен к 16 годам тюрьмы. В 1987 году, ожидая суда, Келли покинул Соединенные Штаты и 8 лет скрывался, переезжая из страны в страну. Впоследствии он был пойман и возвращен в США для судебного разбирательства.

вершить акт насилия на свиданиях, так и те, что находятся в заключении, отличаются неразборчивостью в половых связях, враждебной маскулинностью и эмоционально холодной, хищнической личностью (то есть личностным стилем «психопата»). Отличие состоит, главным образом, в том, что насильники, пребывающие в заключении, отличаются гораздо более выраженным импульсивным, асоциальным поведением. Импульсивные, асоциальные мужчины чаще совершают многочисленные, тяжелые преступления, приводящие их за решетку.

Можно предположить, что у некоторых насильников имеется парафилия, по сути, не отличающаяся от рассмотренных ранее (Abel & Rouleau, 1990). Парафилические черты наблюдаются у многих насильников. Например, они часто говорят о своей рекуррентной, систематической и компульсивной потребности в совершении изнасилований. Обычно они стараются держать эти порывы под контролем. Однако такие порывы в дальнейшем становятся настолько сильными, что приходится уступить. У многих насильников наблюдаются и другие формы парафилий. Например, в одном исследовании с привлечением 126 насильников, 28% питали интерес к эксгибиционизму, а 18 — к вуайеризму (Abel & Rouleau, 1990). Главным является то, что насильникам присущ характерный паттерн сексуального возбуждения (Abel & Rouleau, 1990; Lohr, Adams & Davis, 1997). Большинство насильников объединяет с нормальными мужчинами без преступных наклонностей то, что они испытывают сексуальное возбуждение при сценах взаимно удовлетворяющего, согласованного полового акта. Однако, в отличие от нормальных мужчин, многих насильников возбуждают и сцены сексуального насилия. Очевидно, что они менее сензитивны к тормозным механизмам, удерживающим большую часть мужчин от насильственного удовлетворения своих сексуальных потребностей. Незначительное меньшинство насильников, отличающихся склонностью к насилию в его крайних формах, больше возбуждаются самим насилием, нежели сексуальными стимулами. Они — сексуальные садисты.

Кроме того, у насильников обнаруживаются некоторые дефекты в когнитивной оценке женских чувств и намерений (Segal & Stermac, 1990). Им, например, трудно расшифровать негативные сигналы, подаваемые женщинами в ходе социальных интеракций. Это может вести к неадекватным паттернам поведения, которые видятся женщинам сексуально интрузивными. Например, в одном исследовании, преступникам, осужденным за изнасилование, и другим, совершившим преступления иного рода, показывали серию эпизодов полового акта гетеросексуальных пар, после чего предлагали субъектам отгадать заложенные в этих сценах эмоциональные сигналы. В ходе интерпретации насильники ошибались гораздо чаще, чем представители контрольных групп (лица, совершившие преступления против личности, но не изнасилования, и лица, вообще не совершавшие преступлений против личности). Более того: насильники оказались особенно слабыми в расшифровке сигналов, подаваемых женщинами, и самыми частыми у них были ошибки, связанные с негативными сигналами (Lipton, McDonel & McFall, 1987).

Обвинение в изнасиловании предъявляется редко, и большинство насильников свободно проживают в общине. Так, в одном исследовании (приводится в Abel & Rouleau, 1990) было показано, что в 907 актах изнасилования признались всего-навсего 126 преступников, разгуливавших на свободе, что в среднем составило по 7 изнасилований на одного насильника.

В последние годы в большинстве штатов были приняты новые законы об изнасиловании. Во многих случаях взята за основу «Мичиганская модель», описывающая 4 вида преступного сексуального поведения и предусматривающая различные степени наказания за преступления разной тяжести. Кроме того, заменяя термин «изнасилование» выражением «преступное сексуальное поведение», Мичиганский закон соответственно переносит акцент с жертвы на преступника. К сожалению, о большинстве сексуальных посягательств никто не заявляет, а в остальных случаях лишь 10% таких заявлений заканчиваются обвинительным приговором (Darke, 1990). Приговор нередко бывает мягким, и многих преступников полученный срок не ограждает от совершения новых преступлений. Мы вновь повторяем, что в результате большинство насильников не сидят в тюрьме, а живут среди нас.

Лечение и рецидивизм сексуальных преступников

После выхода из тюрьмы сексуальный преступник Эрл Шринер, находясь в лесу близ Такомы, штат Вашингтон, заставил слезть с велосипеда 7-летнего мальчика, изнасиловал его и зарезал, после чего отрезал у жертвы пенис. Непосредственно перед своим освобождением Шринер поведал сокамернику, что его продолжают посещать фантазии, в которых он насилует и убивает детей (Popkin, 1994). В похожем случае 7-летняя Меган Канка была изнасилована и убита ранее судимым педофилом, который проживал по соседству. Случаи, подобные этим, породили ряд мер, направленных на защиту общества от сексуальных хищников (см. справку 11.3).

В обществе растет нетерпимость к сексуальным преступникам-рецидивистам. Дело Уилли Хортона, который, освободившись досрочно, изнасиловал женщину, во многом способствовало поражению Майкла Дукакиса на президентских выборах 1988 года (Дукакиса, губернатора штата Массачусетс, обвинили в том, что он разрешил досрочное освобождение). Но можно ли опираться на такие единичные истории? Действительно ли сексуальные преступники неизлечимы? Следует ли приговаривать их к пожизненному заключению на том основании, что они обязательно в дальнейшем будут совершать новые преступления? Или их, согласно мнению средств массовой информации, несправедливо превратили в изгоев, тогда как они нуждаются в лечении (Berlin & Malin, 1991)? Эффективность лечения сексуальных преступников вызывает сомнения, как и многочисленные вопросы относительно сексуальных злоупотреблений вообще (Furby, Weinrott & Blackshaw, 1989; Marshall, 1993; Marshall & Pithers, 1994; Quinsey et al., 1993; Rice, Quinsey & Harris, 1991).

Лечебные задачи

Лечение сексуальных преступников очень похоже на вышеописанное лечение при парафилиях и обычно преследует как минимум одну из трех целей, среди которых: модификация паттернов сексуального возбуждения; модификация когнитивных и социальных навыков для обеспечения более адекватных социальных интеракций с взрослыми партнерами; снижение сексуального драйва. Попытки модифицировать паттерны сексуального возбуждения обычно сводятся к аверсивной терапии. При аверсивной терапии парафилический стимул, каким для педофила выступает, например, слайд с изображением обнаженной девочки препубертатного возраста, сочетается с аверсивным событием — принудительным вдыханием тошно-

творных запахов или электрошоком, приложенным к руке. В качестве альтернативы, вдыханием тошнотворных запахов или электрошоком можно обусловливать пенильную реакцию. Как только степень эрекции превышает некий минимальный барьер, происходит электрический разряд; если этого не происходит, то шок не применяется. Альтернативой аверсивной терапии электрошоком служит маскированная сенсибилизация, при которой пациент представляет глубоко аверсивное событие при созерцании или воображении парафилического стимула, или принудительная маскированная сенсибилизация, в ходе которой на пике возбуждения появляется отвратительный запах, вызывающий тошноту. Другим методом снижения девиантного возбуждения является такая ситуация: пациент мастурбирует до наступления оргазма, вызывая в воображении сексуально адекватную сцену, а после оргазма продолжает мастурбировать, переключаясь на парафилические фантазии. Девиантное фантазирование продолжается в течение часа на каждой лечебной сессии, цель которой состоит в том, чтобы вызвать скуку (Maletzky, 1998).

По всей вероятности, снижения девиантного сексуального возбуждения недостаточно. Паттерны девиантного возбуждения необходимо заменить возбуждением, являющимся реакцией на приемлемые стимулы (Maletzky, 1998; Quinsey & Earls, 1990). Чаще всего исследователи пытались сочетать приятные ощущения оргазма с сексуальными фантазиями о взрослых, занимающихся сексом с обоюдного согласия. Пациентам предлагают мастурбировать на фоне девиантных фантазий. В момент, когда эякуляция становится неизбежной, пациент переключается на более адекватные образы. Момент смены сюжетов постепенно отодвигается назад во времени, пока, в идеальном случае, пациент не сумеет всецело полагаться на адекватные темы фантазий. Оба вида терапии призваны снижать неадекватное сексуальное возбуждение, а те их разновидности, в чью задачу входит повышение не девиантного возбуждения, зарекомендовали себя до некоторой степени эффективно в лабораторных условиях (Maletzky, 1998; Quinsey & Earls, 1990). Однако их практическая эффективность вызывает как минимум два опасения. Во-первых, некоторые сексуальные преступники могут исказить фаллометрические показатели сексуальных предпочтений, отвлекая свое внимание от девиантных стимулов (Maletzky, 1998; Quinsey & Earls, 1990). Поэтому, вопреки очевидному прогрессу в условиях эксперимента, их реальные сексуальные предпочтения могут не измениться. Во-вторых, лаборатория представляет собой искусственную среду, и важно продемонстрировать, что терапевтические изменения генерализуются на внешний мир пациента, что может быть особенно проблематично, если его мотивация уменьшается после лечения.

При когнитивном переструктурировании пытаются устранить существующие у подобного рода преступников когнитивные искажения, поскольку последние могут играть роль в сексуальном злоупотреблении (Maletzky, 1998). Например, преступнику, практикующему инцест и заявляющему: «Если бы моя 10-летняя дочь сказала мне "нет", то я бы прекратил», можно возразить, учитывая целый ряд возможных искажений. Например, он исходит из того, что ребенок способен дать согласие на сексуальную связь с взрослым; по его мнению, ребенок согласен на эту связь, если не говорит «нет», и что ответственность за прекращение сексуального контакта лежит на ребенке. Другой подход состоит в том, чтобы заставить преступников, которые сами в прошлом претерпели насилие, обратиться к собственным

переживаниям и в дальнейшем связать их с тем, что переживают жертвы. Тренинг социальных навыков призван помочь сексуальным преступникам (особенно насильникам) научиться эффективнее обрабатывать социальную информацию, поступающую от женщин (Maletzky, 1998; McFall, 1990). Например, некоторые мужчины прочитывают позитивные сексуальные коннотации в нейтральных или негативных женских посланиях или считают, что женщины, отказываясь от сексуального сближения, «набивают себе цену». Тренинг обычно сводится к интеракции между пациентами и женщинами-партнершами. Женщины предоставляют обратную связь по поводу реакций пациентов на интеракцию. Когнитивное лечение сексуальных преступников, как было показано, вселяет определенные надежды (Maletzky, 1998; Marshall & Barbaree, 1990b), однако данным исследованиям присущи существенные ограничения, которые мы рассмотрим позднее. До настоящего времени тренинг социальных навыков не получил достаточной эмпирической поддержки (McFall, 1990).

СПРАВКА 11.3. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Закон Меган

29 июля 1994 года 7-летняя Меган Канка из городка Гамильтон, штат Нью-Джерси, возвращалась домой от подруги. Не успела она дойти до парадной двери, как сосед пригласил ее к себе в гости посмотреть на его нового щенка. Сосед, 33-летний Джесс Тиммендекас, был специалистом по ландшафтам и вот уже около года проживал в доме напротив. Не знакомый ни Меган, ни ее родителям, ни кому-либо другому в округе, он был дважды судимым за растление малолетних (жил вместе с еще 2 судимыми сексуальными преступниками). Когда Меган проследовала за ним в дом, он провел ее в спальню, стянул ей горло ремнем, держа его, пока та не потеряла сознание. После чего он изнасиловал девочку и задушил, надев ей на голову пластиковый пакет. Затем Тиммендекас положил тело Меган в ящик для инструментов, поехал на футбольное поле и выбросил труп рядом с передвижным туалетом. Впоследствии Тиммендекаса арестовали, признали виновным и приговорили к смерти.

Убийство Меган вызвало возмущение тем фактом, что опасные сексуальные преступники могут жить по соседству, не уведомляя общину о своем присутствии. В ответ законодательный орган штата Нью-Джерси принял закон Меган, который обязывал судимых сексуальных преступников по освобождении регистрироваться в полиции, а власти – уведомлять о таких лицах их соседей, распространяя листовки, ставя в известность местные организации и обходя квартиры. Такие законы были приняты во многих других штатах, а в Калифорнии теперь можно ознакомиться с *CD-ROM*, на который занесены имя, фотография и юридические сведения о судимых сексуальных преступниках, подпадающих под действие местного закона Меган. В некоторых штатах информация о сексуальных преступниках размещается на веб-сайтах в Интернете. В штате Делавер скоро выйдет закон, требующий указывать о судимости за сексуальное преступление в водительских правах.

Несмотря на то что закон Меган был с восторгом встречен юристами штатов и гражданами, они не лишены противоречий. Борцы за права человека выразили протест против требования уведомлять общину, что, по их мнению, подвергает опасности освобожденных преступников (считается, что они оплатили своих долги перед обществом), а также не позволяет им успешно воссоединиться с обществом. Хотя разнообразные версии закона Меган призваны

Эффективность психосоциальных методов лечения

Рассматривая вопрос о долговременной эффективности подобных методов, необходимо отметить: несмотря на то что в ряде обзоров лечебной литературы были представлены позитивные выводы (например, Marshall et al., 1991), в отдельных работах получены достаточно удручающие результаты (Emmelkamp, 1994; Rice et al., 1991). Например, в одном из исследований Квинси с коллегами (Quinsey et al., 1991) наблюдали за 136 растлителями малолетних на протяжении, в среднем, 6 лет после их освобождения из мест лишения свободы. Почти половина из них совершала новые преступления против личности, в том числе сексуального свойства; среди 50 мужчин, получавших аверсивную терапию, этот уровень рецидивов был таким же, что и у 86 человек, не получавших ее. Более того: степень обусловленного в ходе лечения отвращения не позволяла надежно спрогнозировать рецидивы. В некоторых исследованиях были получены более обнадеживающие результаты, включая масштабную работу Малецкого (Maletzky, 1998), посвященную изучению

защищать потенциальных жертв, а не способствовать притеснению сексуальных преступников, подобное все же произошло. Например, в июле 1993 года был дотла сожжен дом осужденного насильника детей Джозефа Галлардо, после того как жители графства Сногомиш, штат Вашингтон, узнали о его скором досрочном освобождении. Джон Бекерра, судимый в прошлом сексуальный преступник, в декабре 1995 года вселился в двухэтажный дом в Нью-Йорке, надеясь начать новую жизнь с женой и 9-летним сыном. Однако он и его семья оказались мишенью упорной кампании протестов соседей. По всей округе были выставлены плакаты: «Осторожно! Сексуальный маньяк!»; их автомобиль варварски разломали, а перед домом организовывались митинги. Вторая проблема состоит в том, что под статус «сексуального маньяка» подпадают некоторые люди, на которых закон Меган явно не распространяется. Например, 18-летний житель Висконсина, осужденный за изнасилование после того, как оплодотворил свою 15-летнюю подружку (на которой собирался жениться), обнаружил, что, в соответствии с законом Меган штата Висконсин, он обязан предоставить образцы своей ДНК и регулярно, в течение 15 лет, отмечаться в качестве судимого сексуального преступника. Наконец, ограниченные релевантные данные поставили под сомнение эффективность закона Меган. В ходе исследования, проводившегося в 1995 году в штате Вашингтон, было обнаружено, что за период до принятия в этой местности закона Меган 22% ранее арестовывавшихся сексуальных преступников совершили новые сексуальные преступления. После вступления закона в силу эта цифра осталась почти без изменений и составила 19% (Schenk, 1998).

В некоторых штатах признание высокого уровня рецидивизма среди отдельных сексуальных преступников и неопределенность при выборе эффективного лечения привели к изданию законов, которые требуют принудительного направления насильников в психиатрические заведения даже после отбытия приговора. Лерой Хендрикс был 5 раз судим за растление малолетних. Он признался, что только его смерть гарантирует то, что им не будут совершаться новые преступления. Когда он отсидел в тюрьме 10 лет, прокуратура Канзаса ходатайствовала перед законодателями о продлении заключения, но эти действия были признаны неконституционными. Главным возражением было то, что задержка Хендрикса в тюрьме по истечении срока приговора означала бы второе наказание за одно и то же преступление. В 1997 году Верховный суд

свыше 4000 насильников и педофилов. Хотя в исследовании, к сожалению, не участвовала контрольная группа индивидов, не получающих лечения, как это было в работе Квинси и коллег, и сегодня для всех преступников имеются результаты только годичного наблюдения, показатели успеха были весьма многообещающими — 75% для насильников и 80–95% — для разного рода педофилов. В этом случае были использованы очень строгие критерии успеха (то есть преступники посетили все лечебные сессии; к концу лечения и при контроле через год они не отчитывались ни в тайном, ни в явном девиантном сексуальном поведении, у них не наблюдалось девиантного сексуального возбуждения посредством измерений на пенильном плетизмографе и не было новых конфликтов с законом). Тем не менее многое здесь еще только предстоит сделать. Правильно будет сказать, что в настоящее время мы просто не знаем, насколько вероятно снизить рецидивизм среди сексуальных преступников при помощи разнообразных методов лечения (Maletzky, 1998; Quinsey et al., 1993), а те методы, что видятся перспективными, сегодня еще не нашли широкого применения.

США определил узкий круг ситуаций, когда людей, подобных Хендриксу, можно оставлять в заключении, если они будут признаны психически ненормальными, склонными совершить новые преступления. Появились первые признаки того, что если сексуальных преступников признают виновными, то впоследствии освободят лишь немногих.

Чтобы застраховаться от насилия со стороны освобожденных сексуальных преступников, в отдельных штатах были приняты законы о химической или хирургической кастрации некоторых таких лиц. Например, по закону штата Калифорния, рецидивисты-насильники, посягающие на детей, подлежат химической кастрации как условию их досрочного освобождения. Аналогичный закон в отношении рецидивистов-насильников был принят в Мичигане. Борцы за права человека, представленные *ACLU*, заявили, что подобные требования нарушают конституционный запрет на жестокие и исключительные наказания из-за их потенциально тяжелых побочных эффектов. Кроме того, поскольку лечение способно повлиять как на сексуальное желание, так и на сперматогенез, борцы за права человека утверждают, что химическая кастрация нарушает «права человека на воспроизводство».

Наконец, некоторые громкие дела о совращении детей и подростков сексуальными хищниками, действовавшими через Интернет (например, в «чатах»), привели к появлению федерального закона, Акта о запрете на детскую порнографию от 1996 года, который распространил определение незаконной детской порнографии на изображения, в которых за основу не обязательно берется реальный ребенок, например мультипликацию. Законодатели отчасти мотивировали свое убеждение тем, что педофилы использовали мультфильмы для демонстрации детям желаемых сексуальных действий. Точнее, закон запрещает «визуальные изображения, показывающие или создающие видимость участия малолетних в действиях откровенно сексуального характера». Борцы за права человека обеспокоены возможностью широкого толкования закона, опасаясь, к примеру, что он распространится на рекламу нижнего белья с изображением детей, а также на произведения серьезного искусства. В штате Оклахома, в соответствии с аналогичным законом, были изъяты из обращения копии нашумевшего фильма «Жестяной барабан», так как в нем были сцены, в которых ребенок, играющий главную роль, пробирается в постель актрисы и, находясь под тяжелым шерстяным одеялом, полностью скрывающим обоих, имитирует половой акт с нею.

Биологические и хирургические методы лечения

К самым спорным методам лечения сексуальных преступников относятся хирургическое удаление яичек и гормональная терапия, которую иногда называют «химической кастрацией» (Besharov, 1992; Bradford, 1990; Money, 1986, pp. 135–45). И хирургическая, и химическая кастрация снижает уровень тестостерона, что, в свою очередь, ослабляет сексуальный драйв, позволяя преступнику сопротивляться различным неблагоприятным импульсам. Химическая кастрация чаще всего состоит в назначении антиандрогенных стероидных гормонов, к которым относится, например, депо-провера (по химическому составу — медроксипрогестерона ацетат, или МПА). Недавнее, в настоящее время еще не получившее дальнейшего подтверждения, изучение действия препарата «люпрон» (по химическому составу — трипторелин) принесло поразительные результаты. Так, 30 мужчин с парафилиями, которые утверждали, что до терапии переживали в среднем по 48 девиантных фантазий в неделю, не испытали ни одной такой фантазии во время лечения (Rosler & Witztum, 1998). Люпрон особенно эффективно снижает уровень тестостерона и обладает меньшими побочными эффектами, чем препараты наподобие депо-провера. Изучение последствий хирургической кастрации преступников, предпринятое в Европе, привело к аналогичным результатам. В этих исследованиях обычно участвовали различные категории преступников, начиная от педофилов и заканчивая насильниками, предпочитавшими зрелых женщин. Контрольный период охватывал иногда свыше 10 лет. Уровень рецидивизма среди кастрированных преступников обычно составляет менее 3% по сравнению с показателем более 50% у преступников, не подвергавшихся кастрации (Berlin, 1994; Bradford, 1990; Green, 1992; Wille & Beier, 1989). Однако многим такое лечение кажется жестоким и негуманным (Gunn, 1993). Интересно, что в большинстве случаев в последнее время сексуальные преступники сами просили кастрировать их в обмен на более мягкий приговор.

Все больше лечебных программ используют сочетание гормональной терапии с когнитивно-бихевиоральной в надежде на то, что гормоны можно будет в дальнейшем отменить после того, как преступник научится техникам контроля импульсов (Maletzky, 1998). И все же единственным и самым значительным недостатком почти всех исследований в этой области является отсутствие рандомизированных контрольных групп, в равной степени мотивированных к лечению. Звучали утверждения, что отказ от лечения сексуальных преступников неэтичен (например, Marshall et al., 1991). Но это могло бы быть справедливым лишь в случае эффективности лечения, которая на данном этапе остается невыясненной. Исследования этой проблемы еще больше осложняются тем фактом, что в большинстве из них итоговой переменной является повторная судимость у преступника в контрольном периоде. В то же время большинство сексуальных преступлений остается безнаказанными (преступника часто не могут даже поймать, а тем более осудить); это преувеличивает кажущуюся эффективность лечения и преуменьшает опасность, исходящую от сексуальных преступников. С учетом социальной значимости вопросов оказания помощи сексуальным преступникам и вероятности совершения ими повторных преступлений, мы надеемся, что общество выделит ресурсы, необходимые для ответа на них.

Говоря о сексуальных преступниках, можно одновременно признавать неимоверные страдания, которые они причиняют людям, и испытывать сочувствие к их положению. Многие сексуальные преступники были отягощены паттернами деви-

антного сексуального возбуждения, которые порождали для них колоссальные проблемы личного и юридического свойства. Задумайтесь над случаем Скотта Мерфи, ранее судимого педофила:

> Мерфи холостяк, живет с приятелем, подрабатывает в сверхурочное время. Он старается не встречаться с соседями. Мерфи никогда не гордился своим поведением. Он признает, что неизлечим и что его всегда будет тянуть к маленьким мальчикам. Но он заявляет, что теперь изо всех сил старается держаться от них подальше: «Я перешел от того, чтобы тратить всю свою жизнь на растление малышей, к тому, чтобы тратить ее на то, чтобы их не растлевать». На это уходит по 24 часа в сутки. На шоссе Мерфи держится на таком расстоянии, чтобы гарантированно не встретиться глазами с ребятишками из школьных автобусов. Когда приходит воскресная газета, он сразу вырывает страницу с купонами, так как глянцевые рекламные объявления часто изображают хорошеньких мальчиков. Он отказывается покидать офис в часы, когда дети идут в школу или из школы, и избавился от телевизора, чтобы не смущаться видом маленьких мальчиков из развлекательных передач (Popkin, p. 67).

Общество не может позволить Мерфи реализовать его сексуальные предпочтения; в равной степени не может оно и забыть его прошлые преступления. Тем не менее при выборе метода лечения людей, подобных Скотту Мерфи, гуманно вспомнить об их зачастую искалеченной, несчастной судьбе.

Сексуальные дисфункции

Под термином **сексуальные дисфункции** понимается нарушение желания получать сексуальное удовлетворение или способности к его достижению. Они заметно варьируют в степени выраженности, и, независимо от того, кто именно из партнеров считается дисфункциональным, удовольствия от сексуальных отношений не получают, как правило, обе стороны. Подобные дисфункции встречаются как у гетеросексуальных, так и у гомосексуальных пар. В некоторых случаях они вызываются дисфункциональным психосексуальным приспособлением и научением, иногда наиболее значимыми являются органические факторы. В последние годы объяснение и лечение сексуальных дисфункций приобретают все большую физиологическую окраску (Rosen & Leiblum, 1995).

Сегодня мы знаем, что сексуальная реакция человека состоит из четырех относительно самостоятельных фаз (Masters & Johnson, 1966; 1970; 1975); расстройства могут иметь место на любой из первых трех (American Psychiatric Association, 1994). Первая фаза — **фаза желания**, в процессе которой возникают фантазии, касающиеся сексуальных действий, или желание ими заняться. Второй фазой является **фаза возбуждения**, когда, как правило, возникают как субъективное ощущение сексуального наслаждения, так и физиологические изменения, сопровождающие это чувство, включая эрекцию пениса у мужчин и вагинальную секрецию с расширением влагалища у женщин. Третья фаза — это **оргазм**, при котором наступают разрядка сексуального напряжения и пик сексуального наслаждения. Последней фазой является **разрешение**, в ходе которого индивид испытывает чувство расслабленности и комфорта. Сначала мы опишем наиболее частые дисфункции, возникающие на первых трех фазах, а в дальнейшем подробнее остановимся на вопросах их развития и лечения. Рассматриваемые нами дисфункции представлены в табл. 11.2.

Насколько часты сексуальные дисфункции? Проведение крупномасштабных исследований на столь деликатную тему связано с очевидными трудностями. Тем не менее был предпринят «Национальный опрос по вопросам здоровья и социальной жизни» (Laumann et al., 1994), в ходе которого производилась оценка сексуальных проблем, возникших за истекший год у 3432 произвольно выбранных американцев. Критерии *DSM* в этом случае не применялись, однако предметом исследования были проблемы, указанные в классификации. Наиболее часто женщины жаловались на отсутствие сексуального интереса (33%) и неспособность испытывать оргазм (24%). Жалобы мужчин в основном были связаны с ранним семяизвержением (29%), тревогой по поводу своей сексуальной состоятельности (17%) и отсутствием интереса к сексу (16%). О той или иной сексуальной дисфункции, имевшей место за истекший год, сообщили в целом 45% мужчин и 55% женщин. Можно предположить, что в тот или иной момент своей жизни многие люди сталкиваются с сексуальными дисфункциями.

Таблица 11.2

Сексуальные дисфункции

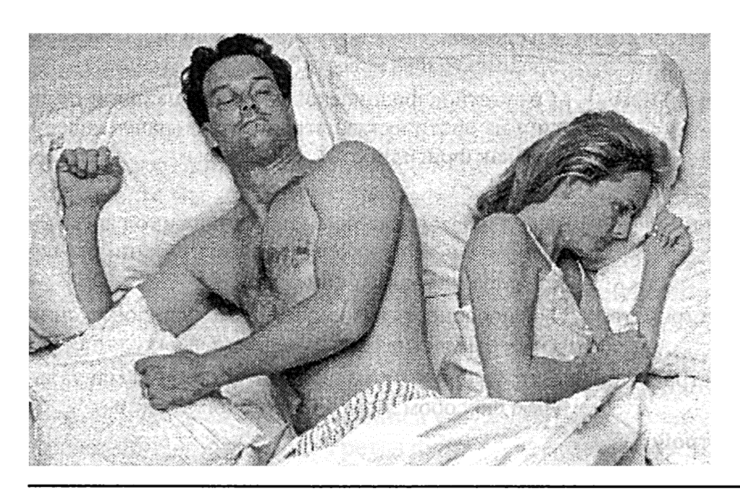
Дисфункции	Характерные черты
Дисфункции сексуального желания	
Расстройство, связанное со снижением полового влечения	Слабость или отсутствие сексуального драйва и интереса
Сексуальное аверсивное расстройство	Полное отсутствие интереса к сексу и избегание сексуальных контактов
Дисфункции сексуального возбуждения	
Мужское эректильное расстройство	Неспособность к достижению или поддержанию эрекции (ранее известная как импотенция)
Расстройство женского сексуального возбуждения	Отсутствие физической и эмоциональной реакции на эротическую стимуляцию (ранее известное как фригидность)
Дисфункции оргазма	
Преждевременная эякуляция	Неудовлетворительно короткий период времени между началом сексуальной стимуляции и наступлением эякуляции
Мужское оргазмическое расстройство	Неспособность к эякуляции в ходе полового акта (ранее известная как замедленная эякуляция)
Женское оргазмическое расстройство	Затруднения при достижении оргазма мануальным способом либо в ходе полового акта
Сексуальные болевые расстройства	
Вагинизм	Непроизвольный спазм мускулатуры преддверия влагалища, препятствующий пенетрации и осуществлению полового акта
Диспареуния	Болезненный коитус; имеет органическую либо психологическую природу

Дисфункции сексуального желания

Расстройства сексуального желания

Исследователи выделили два типа расстройств сексуального желания. Первым является **расстройство, связанное со снижением полового влечения.** Это дисфункция, при которой мужчина или женщина выказывают слабый драйв или интерес к сексу или вообще не испытывают его. В большинстве случаев исходят из того, что биологическая основа сексуального драйва остается неповрежденной (см. Shreiner-Engel et al., 1989), а сексуальная мотивация по какой-либо причине блокируется. Обычно такие люди попадают в поле зрения клиницистов лишь по настоянию своих партнеров, которые чаще всего жалуются на недостаток сексуальных контактов. Этот факт влечет за собой проблему, связанную с диагностикой, ибо известно, что предпочтение той или иной частоты сексуальных контактов широко варьирует у нормальных индивидов. Что, в таком случае, следует понимать под понятием «недостаточные» контакты? *DSM-IV* указывает, что эта оценка производится клиницистом и требует учета возраста индивида и условий его или ее жизни. Тем не менее оказывается, что бывают люди, почти совсем не испытывающие сексуального желания. В крайних случаях секс делается психологически отвратительным, что влечет за собой диагноз **сексуального аверсивного расстройства** — второго типа расстройств сексуального желания. При этом расстройстве человек выказывает крайнее отвращение и всячески избегает любых сексуальных генитальных контактов с партнером.

В некоторых случаях расстройствам, связанным со снижением полового влечения, способствует депрессия (Rosen & Leiblum, 1987). Обычно такие расстройства возникают в отсутствие явной органической патологии, однако есть данные о том, что органические факторы иногда играют в этом определенную роль. Сексуальное



Сексуальные дисфункции могут возникать в следующих фазах цикла сексуальной реакции: желания, возбуждения и оргазма. Многие, если не большинство людей, рано или поздно испытывают те или иные сексуальные дисфункции. Если последние приобретают хроническое течение или причиняют значительное беспокойство одному или обоим партнерам, то такие состояния требуют лечения.

возбуждение и у мужчин, и у женщин зависит от уровня содержания тестостерона (Sherwin, 1988; Alexander & Sherwin, 1993). Возрастное усугубление снижения полового влечения отчасти может быть связано с понижением уровня тестостерона. В то же время терапия пополнением запасов тестостерона в целом не эффективна, за исключением, возможно, случаев женщин с удаленными яичниками (Segraves & Althof, 1998). Известно, что поиск лекарственных препаратов для повышения сексуального желания осуществлялся еще с античных времен, однако эффективных афродизических средств не существует до настоящего времени.

Расстройство, связанное со снижением полового влечения, — самая частая сексуальная дисфункция у женщин (Laumann et al., 1994). Несмотря на этот факт, оно породило гораздо меньше этиологических и лечебных исследований, чем мужские дисфункции, особенно эректильное расстройство и преждевременная эякуляция. Одной из основных причин такого неравенства выступает, безусловно, то значение, которое многие мужчины придают своей сексуальной состоятельности. До недавних пор к женской сексуальности относились в достаточной степени пренебрежительно, а в обществе бытует скрытое убеждение в том, что женщины не слишком озабочены сексом. Кроме того, создается впечатление, что в некоторых смыслах женская сексуальность способна быть сложнее мужской, и эта сложность может замедлять прогресс в разработке этиологических теорий и вмешательств. Например, оказалось, что корреляция между субъективным и физиологическим (то есть генитальной реакцией) сексуальным возбуждением у женщин гораздо ниже, чем у мужчин (Heiman, 1980; Laan & Everaerd, 1995). Это означает, что для женщин нет ничего необычного в том, когда они не испытывают сексуального возбуждения, но в то же время выказывают определенную генитальную реакцию; нередко справедливо и обратное. Значение такого рассогласования между генитальным и субъективным возбуждением у женщин и женской сексуальной дисфункцией еще предстоит выяснить (Andersen & Çyranowski, 1995). Имеются факты, говорящие о стремительном росте случаев расстройства сексуального возбуждения у женщин (Beck, 1995). Мы надеемся, что объем дальнейших исследований будет соответствовать важности и распространенности данной проблемы.

Дисфункции сексуального возбуждения

Мужское эректильное расстройство

Неспособность к достижению или поддержанию эрекции, достаточной для успешного осуществления полового акта, раньше называлась *импотенцией*. Сейчас она известна как **мужское эректильное расстройство**, или *эректильная недостаточность*. При пожизненном эректильном расстройстве мужчине никогда не удается поддерживать эрекцию достаточно долго, чтобы выдержать пенетрацию удовлетворительной длительности. При приобретенном, или ситуационном, эректильном расстройстве у мужчины был опыт хотя бы одного успешного коитуса, но в настоящее время он не в силах добиться твердости пениса или поддерживать ее на необходимом уровне. Пожизненная недостаточность — расстройство сравнительно редкое. Однако было установлено, что приблизительно у половины (или более) всех мужчин в то или иное время возникала хотя бы временная эректильная недостаточность.

Мастерс и Джонсон (Masters & Johnson, 1975; Masters et al., 1992), а также Каплан (Kaplan, 1975, 1987) считали, что эректильная дисфункция развивается главным

образом в связи с тревогой по поводу успешного осуществления полового акта. Однако в обзоре данных, подготовленном Барлоу с коллегами (Beck & Barlow, 1984; Sbrocco & Barlow, 1996), была несколько обесценена роль тревоги, которая, при определенных обстоятельствах, фактически способна улучшать качество полового акта у нормально функционирующих мужчин и женщин (Barlow, Sakheim & Beck, 1983; Hoon, Wincze & Hoon, 1977; Palace & Gorzalka, 1990; обзор см. в Sbrocco & Barlow, 1996). Например, в ходе одного лабораторного эксперимента, у функциональных в сексуальном отношении мужчин вызывали тревогу, предупреждая их о 60-процентной вероятности того, что при просмотре эротического фильма они подвергнутся электрошоку, если у них не наступит эрекция средней степени выраженности. Такие мужчины гораздо сильнее возбуждались от фильма, чем те, кому не угрожали электрошоком (Barlow et al., 1983).

Барлоу с коллегами предложили считать препятствием к сексуальному возбуждению не тревогу, а когнитивное отвлечение, которое у дисфункциональных людей часто связано с ней. В одном исследовании, например, было обнаружено, что у здоровых мужчин, которых отвлекали от просмотра эротического фильма информацией, поступавшей через наушники, отмечалось меньшее сексуальное возбуждение, по сравнению с теми, чье внимание не отвлекалось (Abrahamson et al., 1995). Отвлечение в данном исследовании не имело ничего общего с тревогой, но тем не менее препятствовало сексуальному возбуждению у нормальных мужчин. Барлоу с коллегами считают, что сексуально дисфункциональных мужчин и женщин в ходе сексуального контакта отвлекают негативные мысли о своей несостоятельности, например: «Мне никогда не возбудиться» или «Она подумает, что я никуда не гожусь». Возможно, что именно сосредоточенность на негативных мыслях, а не тревога как таковая несет ответственность за торможение сексуального возбуждения. Поэтому такие когнитивные факторы, как негативные мысли о половом акте, оказывают сильное воздействие на физиологию сексуального возбуждения. В другом исследовании, выводы которого согласуются с данной теорией, было подтверждено, что дисфункциональные мужчины с эректильными нарушениями отличаются от функциональных тем, что легче отвлекаются на сигналы о своей дееспособности. Это приводит к более слабой эрекции при эротической стимуляции (Abrahamson et al., 1989). Такие пораженческие мысли способны не только понизить получаемое удовольствие, но и повысить тревогу, если эрекция не наступает (Malatesta & Adams, 1993), что, в свою очередь, может еще больше повлиять на уверенность в своих силах (Sbrocco & Barlow, 1996).

Эректильные проблемы относятся к обычным последствиям старения. До 60 лет затянувшееся или пожизненное эректильное расстройство развивается достаточно редко. По данным одного из исследований, те или иные эректильные проблемы испытывают свыше половины женатых мужчин в возрасте старше 70 лет (Diokno, Brown & Herzog, 1990). Исследования показали, что 80–90-летние мужчины и женщины зачастую вполне способны получать удовольствие от полового акта (Kaplan, 1974; Malatesta & Adams, 1993; Masters et al., 1992). Например, в ходе исследования с участием 202 здоровых мужчин и женщин в возрасте от 80 до 102 лет выяснилось, что почти две трети мужчин и одна треть женщин продолжали практиковать половой акт, хотя, как правило, это было не самой частой формой их половой жизни (Bretschneider & McCoy, 1988).

Усугубление эректильной дисфункции с возрастом и непосредственно эректильное расстройство все чаще рассматриваются как проблемы, скорее, медицинского, нежели психологического характера (Rosen, 1996). Самой частой причиной эректильного расстройства у пожилых считается сосудистая патология, результатом которой становится снижение притока крови к пенису или ослабевание его способности удерживать кровь для сохранения эрекции. Таким образом, причинами эректильного расстройства часто становятся уплотнение стенок артерий, высокое артериальное давление и другие нарушения, приводящие к сосудистой патологии. Негативное влияние также оказывают вредные привычки: курение, ожирение и употребление алкоголя. Нарушение эрекции может вызываться и заболеваниями нервной системы, например рассеянным склерозом. Возрастное усугубление эректильных проблем связано, главным образом, с кумулятивным поражением сосудов. Одной из причин эректильных проблем у молодых людей является наличие в анамнезе приапизма, или неослабевающей — иногда часами — эрекции, обычно не сопровождающейся сексуальным возбуждением. Приапизм может быть результатом пролонгированной сексуальной активности, заболеванием или побочным эффектом некоторых препаратов. Без лечения он способен заканчиваться эректильной дисфункцией примерно в 50% случаев (Starck, Branna & Tallen, 1994), а потому должен лечиться как острое состояние, требующее неотложной помощи.

Дифференциация психогенных и органических эректильных расстройств представляет собой сложный процесс. У нормального мужчины в течение ночи возникает несколько эрекций, связанных с периодом БДГ-сна (с быстрыми движениями глаз). Ранее предполагалось, что органическое эректильное расстройство можно отличить от психогенного по отсутствию таких ночных эрекций. Однако сейчас становится ясно, что для постановки правильного диагноза необходимо оценивать и многие другие факторы (Malatesta & Adams, 1993), так как выяснилось, что процедура измерения ночной эрекции пениса сама по себе дает ненадежные результаты (Mohr & Beutler, 1990). Важным следствием вышеперечисленных трудностей оценки является то, что мы, вероятно, вновь допускаем распространенную ошибку, предполагая взаимоисключающую дихотомию (наличие либо органических, либо психогенных причин), тогда как подобные случаи могут быть, скорее, исключением, нежели правилом (Tiefer & Melman, 1989).

В последние годы эти состояния лечились многими методами, в основном биологическими; они наиболее часто применялись в случаях, когда когнитивно-поведенческие процедуры приводили к неудаче. К биологическим методам относится назначение таких препаратов, как йохимбин; введение в кавернозные тела релаксантов гладкой мускулатуры и даже использование вакуумного насоса *pump* (Rosen, 1996). При более тяжелых состояниях применяются пенильные имплантаты. В случае необходимости эти приспособления можно раздувать и тем самым обеспечивать эрекцию. Они изготавливаются на силиконовой или полиуретановой основе. Большинство из них представляет собой два надувных цилиндра, имплантированных в пенис. Они соединяются с резервуаром, заполненным жидкостью и имплантированным в абдоминальную область; в мошонку имплантируется ручной насос. В некоторых моделях отдельные части объединены вместе. Для наступления эрекции насос нужно сдавливать.

В клинических испытаниях эти методы зарекомендовали себя в целом успешно, однако это довольно радикальное вмешательство, которое часто сопровождается неприятными побочными эффектами (Rosen & Leiblum, 1995). Наверное, именно поэтому огромный интерес вызвало появление принципиально нового препарата «Виагра» (силденалфил). Виагра усиливает действие окиси азота (повышая ее усвоение), главного нейротрансмиттера, участвующего в пенильной эрекции. Виагру принимают внутрь как минимум за час до сексуального контакта. В отличие от некоторых других биологических методов лечения эректильной дисфункции, этот препарат обеспечивает эрекцию лишь при наличии сексуального желания.

Клинические испытания виагры оказались успешными. При двойном слепом исследовании препарата после приема его в дозе как минимум 50 мг об улучшении эрекции сообщили свыше 70% мужчин по сравнению с менее чем 30% мужчин, получивших плацебо (Carlson, 1997; см. также Goldstein et al., 1998). Побочные эффекты были относительно редки и незначительны (например, самым частым из них была головная боль, на которую пожаловалось 11% пациентов) при условии, что человек не страдает тяжелой сердечной патологией, на фоне которой прием препарата может быть очень опасен (и даже угрожать жизни). Результаты исследований привели к вспышке огромного общественного интереса к препарату, и некоторые аналитики предсказывали, что виагру ждет самый крупный коммерческий успех, какой только известен в фармакологии. За первые две недели продаж после появления виагры на рынке в апреле 1998 было выписано около 150 000 рецептов. Это говорит как о высокой распространенности сексуальных дисфункций, так и о том значении, которое люди придают своей сексуальной дееспособности.

Расстройство женского сексуального возбуждения

Расстройство сексуального возбуждения у женщин, которое в прошлом с некоторым оттенком уничижения именовалось *фригидностью*, заключается в отсутствии ощущения сексуального возбуждения и невосприимчивости к большинству или любым формам эротической стимуляции и во многом является женским аналогом эректильного расстройства. Его главным физическим проявлением служит отсутствие характерного набухания и увлажнения вульвы и вагинальных тканей во время сексуальной стимуляции — состояние, способное сделать половой акт весьма неприятным. Диагноз ставят, если женщина испытывает при этом заметные страдания или встречается с проблемами в межличностных отношениях. Как таковое расстройство сексуального возбуждения у женщин диагностируется редко (Segraves & Segraves, 1991). Причины данного расстройства не до конца ясны, однако предполагается, что они, вызывая такого рода заторможенность сексуальных ощущений, пребывают в диапазоне от ранней сексуальной травматизации до реакции на избыточную и искаженную информацию о пагубности секса, вплоть до развития неприязни или отвращения к сексуальности непосредственного партнера.

При редкости диагностирования расстройства неудивительно, что оно не повлекло за собой никаких лечебных исследований. Многие женщины успешно маскируют и лечат его путем широкого использования вагинальных смазочных материалов (Rosen & Leiblum, 1995). По данным некоторых последних исследований, генитальное возбуждение у женщин при определенных условиях можно повысить путем повышения возбуждения вегетативной нервной системы, например через

физические упражнения или тревогу (Meston & Gorzalka, 1996; Palace, 1995). Однако это сообщение носит предварительный характер, а полученные результаты трудно интерпретировать однозначно (например, эффекты упражнений могут проявиться лишь через полчаса после их выполнения и зависеть от субъективной оценки женщиной своего сексуального возбуждения). Наконец, значительный интерес вызвала способность виагры оказывать на женщин такой же позитивный эффект, как и на мужчин (Kolata, 1998). По всей вероятности, женская генитальная реакция в значительной мере зависит от тех же нейротрансмиттерных систем, что и мужская. В этой связи не исключено, что виагра окажется эффективной и для женщин. В настоящее время в Европе проводятся терапевтические испытания препарата на женщинах, однако мы до сих пор не располагаем их результатами.

Оргазмические расстройства

Преждевременная эякуляция

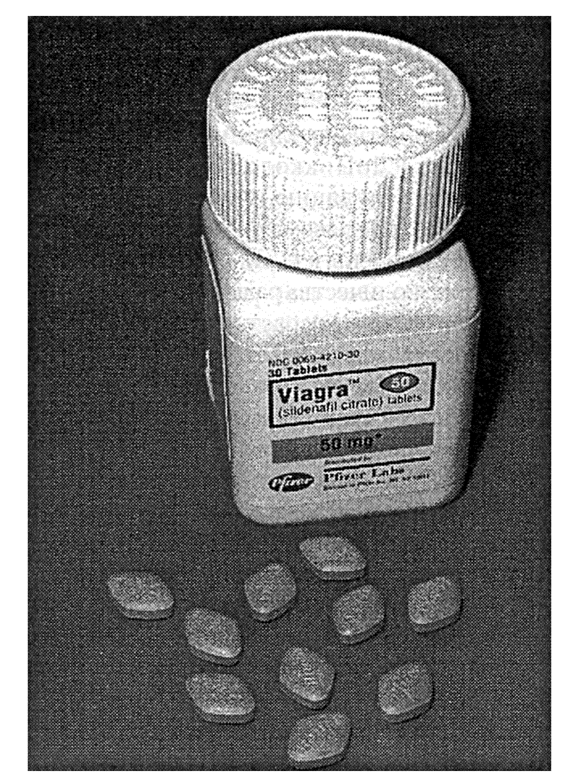
Преждевременной эякуляцией называется стойкое и рекуррентное наступление оргазма и эякуляции при минимальной сексуальной стимуляции. Она может наступать до, во время или вскоре после пенетрации и прежде, чем станет желательной для мужчины. Последствиями становятся неудовлетворенность партнерши и, зачастую, острое чувство стыда у преждевременно эякулирующего мужчины вкупе с деструктивной тревогой насчет возможного повторения такой ситуации в будущем. Те мужчины, которые сталкиваются с подобной проблемой при первом сексуальном контакте, часто стараются снизить сексуальное возбуждение, избегая стимуляции, отвлекаясь на посторонние мысли и «превращаясь в зрителей», то есть беря на себя роль не участника, но постороннего наблюдателя (Metz, Pryor, Nesvacil, Abuzzahab & Koznar, 1997).

Попытка точного определения преждевременности эякуляции неизбежно оказывается несколько произвольной. В свое время ЛоПикколо (LoPiccolo, 1978) предположил, что неспособность выдерживать стимуляцию и не эякулировать в течение 4 минут служит достаточным основанием для рассмотрения вопроса о необходимости терапии. Такие рекомендации не включены в *DSM-IV* и в целом были отвергнуты, так как требуют учета значительного количества разнообразных аспектов (Masters et al., 1992). Например, следует учитывать возраст клиента: «быстрое воспламенение» более молодых мужчин не просто миф (McCarthy, 1989). На раннюю эякуляцию жалуется около половины молодых людей (Frank, Anderson & Rubenstein, 1978). Неудивительно, что вероятность преждевременной эякуляции в наибольшей степени возрастает после длительного воздержания (Malatesta & Adams, 1993; Spiess, Geer & O'Donohue, 1984). *DSM-IV* признает наличие многих факторов, способных влиять на сроки наступления эякуляции, отмечая, что диагноз можно ставить лишь в случаях, когда эякуляция происходит до, во время или вскоре после пенетрации и прежде, чем этого захочет мужчина. Преждевременная эякуляция — самая частая мужская сексуальная дисфункция (Laumann et al., 1994; Segraves & Althof, 1998). По некоторым данным, 15–20% американцев встречаются хотя бы с умеренными трудностями при контроле за ускоренным семяизвержением (Masters et al., 1992).

Сексуально здоровые мужчины способны осуществлять значительный волевой контроль над эякуляторным рефлексом. Они отслеживают свои ощущения по ходу

сексуальной стимуляции и могут, возможно путем разумного отвлечения, отодвигать момент неизбежной эякуляции до мгновения, когда они решают «отпустить вожжи» (Kaplan, 1987). Люди с преждевременной эякуляцией по какой-либо причине неспособны к эффективному применению этой техники. Неоднократно выдвигались различные предположения о факторах, способствующих развитию такой «неспособности», начиная с повышенной тревоги (Kaplan, 1987) и заканчивая такими физиологическими показателями, как повышенная пенильная чувствительность (Gospodinoff, 1989). Однако до настоящего времени ни одно объяснение не получило серьезной эмпирической поддержки.

На протяжении многих лет сексопатологи считали, что преждевременная эякуляция имеет главным образом психогенное происхождение и прекрасно поддается поведенческой терапии, например технике задержки и сдавливания (Masters & Johnson, 1970). Эта техника требует от мужчины мониторинга своего сексуального возбуждения при занятии сексом. Когда возбуждение становится достаточно интенсивным и мужчина ощущает приближение эякуляции, он делает паузу и сам или при участии партнерши на несколько секунд сжимает головку пениса до тех пор, пока ощущение приближающейся эякуляции не исчезнет. Из первых сообщений следовало, что эта техника эффективна приблизительно в 90% случаев; более недавние исследования показали, что общее число успешных случаев намного меньше (Rosen & Leiblum, 1995; Segraves & Althof, 1998). В последние годы, когда мужчинам не помогало поведенческое лечение, повышенное внимание уделялось возможности фармакологического вмешательства. Оказалось, что латентный эякуляторный период у мужчин с преждевременной эякуляцией можно продлить при помощи таких антидепрессантов, как флуоксетин (прозак) и кломипрамин, блокирующих обратный захват серотонина (Rowland & Slob, 1997; Segraves & Althof, 1998); одни



Действие препарата «Виагра» основано на быстром усвоении окиси азота, главного нейротрансмиттера, участвующего в эрекции пениса. Его принимают внутрь примерно за час до сексуального контакта. В отличие от некоторых других биологических методов лечения сексуальных дисфункций, виагра действенна лишь при наличии сексуального желания.

из них можно принимать приблизительно за 6 часов до полового акта, тогда как другие — ежедневно. Хотя из имеющихся данных следует, что эти препараты весьма эффективны, точный физиологический механизм их действия остается неясным. Более того: факты, которыми мы располагаем, говорят о том, что они действуют ровно столько времени, сколько их принимают (Segraves & Althof, 1998).

Мужское оргазмическое расстройство

Мужское оргазмическое расстройство, иногда называемое *замедленной эякуляцией* или *задержкой мужского оргазма*, представляет собой неспособность к эякуляции во время полового акта. Мужчины, полностью неспособные эякулировать, встречаются редко. Около 85% мужчин, испытывающих затруднения при эякуляции во время полового акта, могут тем не менее добиваться оргазма другими способами стимуляции, чаще всего — при помощи мастурбации, в уединении (Masters et al., 1992). В более легких случаях мужчина способен эякулировать в присутствии партнерши, но только при мануальной или оральной стимуляции (Kaplan, 1987). Иногда замедленная эякуляция носит специфический характер и зависит от партнерши: она имеет место лишь при общении с какой-либо одной и не с какой другой партнершей (Apfelbaum, 1989). Получается, что проблема в этом случае состоит преимущественно в психологическом торможении или гиперконтроле; создается впечатление, что «символические» и межличностные элементы играют значительную роль в данной дисфункции. При таких нарушениях психологические методы лечения, дополняющие усиленную генитальную стимуляцию, сосредоточены на снижении тревоги, связанной с осуществлением полового акта (Rosen & Leiblum, 1995; Segraves & Althof, 1998). В других случаях замедленная эякуляция может быть вызвана причинами физиологического порядка, например рассеянным склерозом или приемом лекарственных препаратов. Мы отмечали, что антидепрессанты, блокирующие обратный захват серотонина, эффективны при лечении преждевременной эякуляции. У других мужчин они иногда могут вызывать задержку или препятствовать наступлению оргазма (Ashton, Hamer & Rosen, 1997; Rosen & Leiblum, 1995). Такие побочные эффекты встречаются часто (Gitlin, 1996), однако хорошо поддаются фармакологической коррекции (Ashton et al., 1997).

Женское оргазмическое расстройство

У многих женщин, хорошо возбудимых в сексуальном отношении и получающих удовольствие от секса, развивается тем не менее **женское оргазмическое расстройство** (ранее называвшееся *задержкой женского оргазма*) — постоянная, рекуррентная задержка или отсутствие оргазма после нормальной фазы сексуального возбуждения. Во время полового акта такие женщины не испытывают оргазма без непосредственной, дополнительной стимуляции клитора; в действительности, этот паттерн настолько распространен, что вообще не считается дисфункциональным. Небольшой процент женщин способен достигать оргазма лишь в результате прямой механической стимуляции клитора при помощи энергичного воздействия пальцем руки, оральной стимуляции или электрического вибратора. Еще меньшее число женщин полностью неспособно к оргазму ни при каких условиях; это состояние называется пожизненной оргазмической дисфункцией, аналогичной пожизненной эректильной недостаточности у мужчин.

Причины женского оргазмического расстройства не до конца ясны, но их относят на счет множества способствующих факторов. Некоторых женщин, например, секс пугает и заставляет чувствовать себя дискомфортно. В других случаях женщина не уверена в своей сексуальной привлекательности для партнера, и это способно приводить к тревоге и напряжению, мешающим ей получить половое удовлетворение. Иногда она может чувствовать себя неудобно из-за того, что редко или вообще не испытывает оргазма. Бывает, что женщины притворяются, будто испытывают оргазм, чтобы партнеры ощущали себя полноценными мужчинами. Однако чем дольше прибегает женщина к такому притворству, тем скорее она испытает смущение и фрустрацию; кроме того, она наверняка обидится на партнера за невнимание к ее подлинным чувствам и потребностям. Это, в свою очередь, лишь усугубит ее сексуальные затруднения.

Диагностика оргазмической дисфункции осложняется тем фактом, что субъективное качество оргазма широко варьирует у разных женщин, а время от времени — и у одной и той же женщины, а также зависит от характера стимуляции. Поэтому точно оценить наличие и качество оргазма достаточно трудно (Malatesta & Adams, 1993; Segraves & Althof, 1998). Помимо прочего, неясны критерии, с которыми следует подходить к обширному диапазону средних показателей оргазмической реактивности. Большинство клиницистов придерживаются мнения, что пожизненное оргазмическое расстройство, если женщина хочет получать удовлетворение, необходимо лечить; в случае, когда она принадлежит к другому крайнему типу и испытывает оргазм после сравнительно короткого полового акта или даже после одной лишь стимуляции груди или фантазий, то нет. Однако стоит нам перейти от этих крайних случаев к диапазону, в который фактически попадают ощущения, испытываемые большинством женщин, мы увидим, что мнения клиницистов значительно варьируют (Masters et al., 1992; Segraves & Althof, 1998). Наша собственная позиция в этом вопросе состоит в том, что лучше предоставить решать самой женщине; если она не удовлетворена своей реактивностью и существует высокая вероятность того, что в этом случае поможет лечение, то ей следует обратиться за помощью.

При планировании лечения важно различать между постоянной и ситуационной женской оргазмической дисфункцией. Весьма вероятно, что в первом случае успешным будет лечение, обычно начинающееся с инструктирования и контролируемых упражнений в мастурбации вплоть до наступления оргазма (Andersen, 1983; Segraves & Althof, 1998). Тогда как «ситуационную» аноргазмию (состояние, при котором женщина испытывает оргазм лишь в определенных ситуациях, при определенного рода стимуляции или с определенными партнерами, то есть не всегда, когда она этого желает) нередко лечить труднее. Возможно, это объясняется тем, что она часто связана с проблемными отношениями, которые, как правило, тоже плохо поддаются лечению (Beck, 1992).

Болевые сексуальные дисфункции

Вагинизм

Вагинизмом называется непроизвольный спазм мышц преддверия влагалища (не связанный с органической патологией), который препятствует пенетрации и половому акту. Реакция этих мышц, несомненно, хорошо обусловливается и приводит к мощному сокращению при действии стимулов, ассоциирующихся с неизбежной

пенетрацией. В некоторых случаях у женщин, страдающих вагинизмом, имеется также расстройство сексуального возбуждения, возможно, в результате обусловленных страхов, связанных с ранними травматическими сексуальными переживаниями. Однако в большинстве случаев у них наступает нормальное сексуальное возбуждение, которое при этом не исключает указанного расстройства (Masters et al., 1992). «Безусловный стимул», предположительно повлекший за собой приобретение вагинизма, не всегда удается идентифицировать (Kaplan, 1987), возможно, из-за того, что данное расстройство иногда бывает «сверхопределенным», то есть сопровождается многочисленными каузальными связями (Segraves & Althof, 1998). Такая форма сексуальной дисфункции встречается достаточно редко, но, если имеет место, причиняет сильнейшие страдания как самой женщине, так и ее партнеру, приводя иногда к возникновению у последнего эректильной или эякуляторной дисфункции (Leiblum et al., 1989; Segraves & Althof, 1998). Лечение вагинизма обычно подразумевает запрет на половой акт, тренинг влагалищной мускулатуры и ступенчатое, самостоятельное введение женщиной себе во влагалище вагинальных дилататоров все большего размера. Как правило, эта методика оказывается эффективной (Rosen & Leiblum, 1995; Segraves & Althof, 1998).

Диспареуния

Болезненный коитус, или **диспареуния**, может иметь место у мужчин, но гораздо чаще наблюдается у женщин (Lazarus, 1989). Для этой формы сексуальной дисфункции наиболее вероятно наличие явной органической основы, например инфекции или патологического строения половых органов. Однако иногда она имеет психогенное происхождение, как, например, у женщин, испытывающих отвращение к половому акту и переживающих неудовольствие в форме выраженного физического дискомфорта; в подобных случаях говорят о «функциональном» характере расстройства. Несомненно, что диспареуния нередко связана с вагинизмом. Лечение этого нарушения обычно требует коррекции специфических, способствующих ему органических или психологических проблем. В то же время часто бывает, что в данном расстройстве играет роль и обусловленная психологическая реакция, требующая подключения психологического вмешательства (Segraves & Althof, 1998).

Нерешенные проблемы:

Отдаленные последствия сексуальной травмы детского возраста

Является ли сексуальное злоупотребление в детстве *причиной* психических расстройств? За последнее десятилетие многими исследованиями была установлена связь между воспоминаниями о сексуальной травме детского возраста и взрослой психопатологией. В основном в этих исследованиях сравнивали распространенность воспоминаний, связанных с сексуальным домогательством у больных (как правило, женщин), страдавших или не страдавших теми или иными расстройствами. Например, частоту таких воспоминаний у женщин с пограничным личностным расстройством сравнивали с их частотой у женщин с другими личностными расстройствами. Наиболее четкая связь между сексуальной травмой детского возраста и взрослыми расстройствами прослеживается при пограничном личностном рас-

стройстве (глава 9) и диссоциативном расстройстве идентичности (глава 7). Результаты соответствующих исследований часто интерпретируют так, что ранняя сексуальная травма предстает одним из причинных факторов, ведущих к развитию указанных расстройств (Anderson et al., 1993; Paris, Zweig-Frank & Guzder, 1994; Sanders & Giolas, 1991; Waller, 1994; Glod, 1993; Whitman & Munkel, 1991); однако имеющихся данных недостаточно для установления основной каузальной связи. Последнее объясняется тем, что проблема установления каузации на основании ретроспективных исследований отягощается методологическими издержками и, кроме того, рядом иных правдоподобных, не поддающихся исключению интерпретаций полученных результатов (Rutter & Maughn, 1997). В недавнем, достаточно противоречивом количественном обзоре 59 исследований, участниками которых были студенты колледжа, изучалась связь между сексуальной травмой детского возраста и более общей психопатологией как следствием влияния первой на последующее приспособление (Rind et al., 1998).

Какова связь между сексуальной травмой детского возраста и пограничным личностным расстройством (рассмотренным в главе 9)? Ранняя сексуальная травма, несомненно, может вызвать личностное расстройство. Однако для объяснения их взаимосвязи можно назвать и ряд других факторов (Bailey & Shriver, в печати). Например, пограничное личностное расстройство нередко бывает вызвано не сексуальным злоупотреблением как таковым, а общим семейным неблагополучием. В этом случае сексуальная травма оказывается просто некаузальным коррелятом истинных причинных факторов, к которым могут относиться, например, враждебные отношения между родителями или отсутствие подобающего выражения родительской любви.

Альтернативным образом, у родственников индивидов с пограничным личностным расстройством может существовать генетическая или средовая предрасположенность к таким импульсивным актам, как сексуальное злоупотребление. Имеются данные о семейном характере черт, отличающих пограничную личность, однако до сих пор не ясно, связано ли это с генетическими факторами (Nigg & Goldsmith, 1994). Вышесказанное позволяет предположить, что связь между детской сексуальной травмой и взрослой пограничной личностью может определяться не причинными взаимоотношениями, а семейственностью черт пограничной личности.

Еще одна возможность состоит в том, что такого рода связь касается *предъявленной* травмы детского периода, а не ее фактического наличия. Известно, что лицам с пограничным личностным расстройством свойственно мастерски манипулировать окружающими. В случае если такой субъект считает, что добьется дополнительного сочувствия к себе, заявив о прошлой сексуальной травме, он способен сделать это, независимо от реальности предъявляемого события. Наконец, пограничному личностному расстройству часто сопутствует сексуальная импульсивность. Легко представить, что те индивиды, у которых впоследствии диагностируется пограничное личностное расстройство, даже в детстве характеризовались поведением, подвергавшим их особому риску сексуальной агрессии со стороны злонамеренных взрослых.

Связь, существующая между сексуальной травмой детского возраста и диссоциативным расстройством идентичности (рассмотренным в главе 7), порождает еще одну альтернативную гипотезу в отношении каузации. Согласно данной гипо-

тезе, как диссоциативное расстройство идентичности, так и (ложные) воспоминания о сексуальной травме детского возраста могут быть ятрогенного (врачебного) происхождения, непредусмотренным побочным продуктом терапии (McHugh, 1992; Spanos, 1994). Высокогипнабельные люди, будучи подвергнуты суггестиям, особенно склонны к ряду реакций, напоминающих симптомы диссоциативного расстройства идентичности, включая амнезию и множественность «я» (Spanos, 1994). Так, Николас Спанос (Spanos, 1994) утверждал, что диссоциативное расстройство идентичности и гипнотическое реагирование представляют собой преднамеренные действия, имеющие целью удовлетворить ожидания экспериментаторов, терапевтов или гипнотизеров. Кроме того, высоко внушаемые и гипнабельные люди особенно часто сообщают терапевтам о сексуальной травме детского возраста, когда терапевты внушают им, что именно она является вероятной причиной диссоциативного расстройства идентичности или других нарушений (McHugh, 1993; Spanos, 1994). Таким образом, связь между воспоминаниями о сексуальной травме и диссоциативным расстройством идентичности может объясняться взаимодействием внушаемых пациентов с излишне активно действующими терапевтами, которые «находят именно то, что ищут».

Мы не утверждаем, что та или иная гипотеза предпочтительней предположения о том, что сексуальное злоупотребление влечет за собой пограничное личностное расстройство или диссоциативное расстройство идентичности. Более того: мы не намерены преуменьшать ту боль, которую часто испытывают подлинные жертвы сексуальной агрессии в детстве. Однако научные гипотезы выживают за счет отказа от конкурирующих правдоподобных воззрений. Если мы хотим понять последствия сексуальной травмы детского возраста, то нам придется искать ответы на непростые в методологическом и эмоциональном отношении вопросы.

Здесь могут помочь исследования, ведущиеся по нескольким направлениям. Например, в перспективных исследованиях с привлечением сексуально травмированных детей можно исключить возможность того, что соответствующие ассоциации будут вызваны либо преднамеренным, либо бессознательным ретроспективным искажением. Аналогичным образом, катамнестическое наблюдение за маленькими детьми позволяет, по-видимому, определить, в каких случаях некоторые поведенческие тенденции, имеющие отношение к взрослой психопатологии, предшествуют сексуальному злоупотреблению. Генетическую гипотезу способно опровергнуть изучение пограничного личностного расстройства у больных, которых воспитывали приемные родители. Если мы обнаружим, что такие пациенты подвергаются сексуальной агрессии столь же часто, как и те, что воспитываются биологическими родителями, будет доказана непричастность генов к развитию пограничного личностного расстройства и подверженности сексуальному насилию. Кроме того, исследователям необходимо уточнить предполагаемые каузальные механизмы, связывающие сексуальную травму детского возраста с отдельными расстройствами. При помощи какого механизма возникает, например, столь частая связь между сексуальной травмой и пограничным личностным расстройством? Если соответствующие теории станут нагляднее, их будет проще проверить.

С аналогичными трудностями столкнулись исследователи, занимающиеся изучением других расстройств. Например, тем, кто изучает депрессию, пришлось учитывать несколько альтернативных объяснений связи, существующей между

депрессией и воспоминаниями о недавно пережитом стрессе. Ими было обнаружено, что это не сугубо каузальная связь (Monroe & Simons, 1991). Изучение сексуальной травмы детского возраста еще только начинается, а потому неудивительно, что имеющиеся результаты до сих пор не окончательны. В дальнейшем эти исследования потребуют более сложного структурирования и большего внимания к альтернативным гипотезам.

Резюме

Определить границы между нормой и психопатологией в сексологии бывает труднее, чем при рассмотрении любых других тем, затронутых в данной книге. То, что ранее рассматривалось как нормальные и аберрантные сексуальные обычаи, под влиянием воздействия многочисленных социокультурных влияний начинает восприниматься нами иным образом. В течение долгого времени в Соединенных Штатах и многих других западных культурах огромным влиянием пользовались теории вырождения и воздержания, что привело к чрезвычайно консервативным взглядам на гетеросексуальные отношения. Гипотеза о том, что мастурбация способна вызывать безумие, пользовалась влиянием на протяжении нескольких столетий и вплоть до 1940-х годов была включена в учебные программы по психиатрии. В отличие от культуры Запада, в Меланезии гомосексуализм практикуется всеми подростками мужского пола в контексте обрядов мужской сексуальной инициации. На пороге зрелости они совершают довольно резкий переход к гетеросексуальности, в большинстве случаев без особых затруднений. Во многих западных культурах гомосексуализм еще совсем недавно считался либо преступным поведением, либо разновидностью психического заболевания. Однако с 1972 года специалисты, занимающиеся охраной психического здоровья, перестали считать гомосексуальность патологией и видят в ней вариант нормы. В настоящее время исследователи уделяют значительное внимание изучению причинных факторов, определяющих сексуальную ориентацию. К изучаемым причинным факторам относятся как возможные генетические составляющие, так и разнообразные переменные окружающей среды.

Сексуальные девиации, проявляющиеся в форме парафилий, представляют собой устойчивые паттерны сексуального поведения и возбуждения, при которых для полного сексуального удовлетворения необходимы необычные объекты, ритуалы или ситуации. Парафилии почти всегда встречаются только у мужчин. К парафилиям относятся: 1) фетишизм (сексуальный интерес сосредоточивается на каком-то неодушевленном предмете или части тела), 2) трансвестический фетишизм (сексуальное возбуждение наступает при переодевании в одежду лиц противоположного пола), 3) вуайеризм (сексуальное удовольствие извлекается из процесса подглядывания), 4) эксгибиционизм (сексуальное удовлетворение наступает при демонстрации гениталий другим людям, не дававшим на то согласия), 5) садизм (сексуальное возбуждение возникает благодаря жестокому обращению с сексуальной(ым) партнершей(ом), 6) мазохизм (сексуальное возбуждение возникает от причинения боли себе) и 7) педофилия (объектами сексуального влечения являются дети допубертатного возраста). Причины парафилий не вполне ясны. Согласно одной из теорий, мужчины склонны к нарушенной локализации

эротической мишени; они не рождаются с уже заложенным в них влечением либо к женщинам, либо к мужчинам, и сами должны научиться соотносить стимулы с сексуальными партнерами мужского или женского пола. Возможно, что у некоторых из них нервная система более склонна к ошибочному выбору мишеней, что позволяет объяснить, почему у столь многих мужчин с подобными нарушениями имеется не одна парафилия, а две или больше.

Расстройства гендерной идентичности встречаются и у детей, и у взрослых. В детском возрасте они встречаются у детей с кросс-гендерной идентификацией и гендерной дисфорией. Большинство мальчиков с таким расстройством во взрослом возрасте приобретают гомосексуальную ориентацию; немногие из них становятся транссексуалами. До сих пор не поступало сообщений о каких-либо перспективных исследованиях с участием девочек, страдающих этим расстройством. Транссексуализм — очень редкое расстройство, при котором индивид считает себя запертым в теле, принадлежащим не к тому полу. В настоящее время признается существование двух отдельных типов транссексуалов: гомосексуальных транссексуалов (испытывающих влечение к представителям одного с ними биологического пола) и аутогинефилических транссексуалов (которые могут испытывать влечение к представителям обоих полов, и чья гендерная дисфория относится к парафилиям). Известен единственный метод эффективного лечения транссексуалов — операция по перемене пола. Подобная практика остается весьма спорной, однако она часто приводит к успеху, но лишь при условии тщательной диагностики, позволяющей установить, что пациент действительно является транссексуалом.

Сексуальные злоупотребления подразделяются на три взаимно пересекающиеся категории: педофилию (еще одну форму парафилии), инцест и изнасилование. В наши дни злоупотребления всех трех типов происходят с тревожащей частотой, хотя их истинную распространенность установить трудно. Вокруг разоблачения таких злоумышленников идут многочисленные споры. Предметом последних выступает достоверность детских показаний и восстановленных воспоминаний о сексуальной травме, которые часто всплывают при психотерапии. Педофилы вступают в сексуальные отношения с детьми допубертатного возраста и чаще всего безразличны к полу ребенка. Инцест представляет собой сексуальное домогательство по отношению к членам семьи; он пересекается с педофилией, когда речь идет о маленьких детях. Изнасилованию могут подвергнуться люди либо знакомые, либо не знакомые с преступником; оно сопровождается применением или угрозой применения силы. Все сексуальные преступления могут иметь серьезные краткосрочные и долговременные последствия для их жертв. На сегодняшний день нет никакого удовлетворительного объяснения тому, почему некоторые люди совершают сексуальные преступления. Лечение сексуальных преступников в большинстве случаев неэффективно, однако сейчас в этой области ведутся многообещающие исследования.

Сексуальные дисфункции сопровождаются нарушением желания получать половое удовлетворение или способности к его достижению. Сексуальную реакцию принято делить на четыре фазы: желания, возбуждения, оргазма и разрешения. Дисфункции могут затрагивать любую из первых трех фаз. Расстройством, связанным со снижением полового влечения, сопровождающимся малым интересом к сексу или полным его отсутствием, могут страдать как мужчины, так и жен-

щины. В более тяжелых случаях у них может развиваться сексуальное аверсивное расстройство, при котором возникает сильное отвращение к половой жизни. К дисфункциям, имеющим место в фазе возбуждения, относятся мужское эректильное расстройство и расстройство женского сексуального возбуждения. Мужское эректильное расстройство может вызываться психологическими или физиологическими причинами или сочетанием тех и других. К нарушениям оргазма у мужчин относятся преждевременная эякуляция и мужское оргазмическое расстройство (замедленная эякуляция), а у женщин — женское оргазмическое расстройство. Кроме того, существуют два болевых сексуальных расстройства: вагинизм, которым страдают женщины, и диспареуния (болезненный коитус), в основном встречающаяся у женщин и иногда — у мужчин. За последние 25 лет был достигнут заметный прогресс в лечении сексуальных дисфункций, и в настоящее время некоторые из них излечиваются вполне успешно.

ГЛАВА 12

Шизофрении и бредовое расстройство

Возможно, вы уже знакомы с термином «шизофрения». Мы употребляем его во множественном числе, **шизофрении**, поскольку название этой главы отражает признание того факта, что все больше специалистов соглашаются с тем, что диагнозу «шизофрения» соответствуют несколько различных типов относительно тяжелого психического расстройства. Американская психиатрическая ассоциация (1997) установила, что «по-видимому, шизофрения является общим заключительным этапом целой группы нарушений с различной этиологией, течением болезни и последствиями» (р. 49).

Тем не менее *DSM-IV* содержит диагностические критерии только для шизофрении, считая ее, таким образом, одним явлением. Во избежание путаницы мы в дальнейшем будем часто использовать этот термин в единственном числе. Однако следует понимать, что диагностические критерии шизофрении представляют собой, возможно, проявление неизвестного количества отличающихся друг от друга патологических состояний, которые объединяет «общий заключительный этап» — отчетливая и неотъемлемая особенность — потеря контакта с реальностью, часто рассматриваемая как **психоз**.

Таким образом, основным показателем шизофрении служит более или менее острый разрыв с миром, в котором живет большинство людей с менее выраженными нарушениями, разрыв, коренящийся в базовом соглашении по поводу того, что есть истина и что реально в нашем общем опыте. Типичный шизофреник — это человек, утративший или отделившийся от совокупности моментов, которые выполняют функцию якорей и являются базовыми для адекватной психической интеграции и коммуникации с окружающими людьми. Такой индивид может, например, заявить о себе, что он Господь Бог, или утверждать, что за его мозгом с помощью спутника следит ЦРУ, или подчеркнуто «отсоединяться» от всех психологических контактов с другими людьми. Окружающим шизофреник во время активной фазы заболевания кажется чужим, непостижимым и часто пугающим.

При попытке идентифицировать отдельные процессы, лежащие в основе такого разрыва с реальностью, мы увидим множество различных психологических аномалий у людей, поведение которых удовлетворяет критериям диагноза «шизофрения». Они включают в себя ярко выраженные странности в действиях, мышлении, восприятии, чувствах, ощущении себя и манере общения с окружающими людьми, причем эти проявления сильно варьируют у различных пациентов. Эти вариации выходят далеко за рамки различий в клинически значимом поведении и охва-

тывают, например, факторы риска наследственности и окружающей среды, течение болезни и продолжительность нарушений у различных людей (все эти особенности могут иметь выраженные отличия у мужчин и женщин), широкий спектр окончательных результатов, к которым приходят эти пациенты.

Итак, в этой главе будут описаны те фрагменты мозаики шизофрении, которые известны в настоящее время. Очень важно, чтобы вы с самого начала имели в виду, что не все составляющие и не все предполагаемые взаимодействия найдены, поэтому наша мозаика остается фрагментарной и незавершенной, возможно, в большей степени, чем любая иная область психопатологии.

В этой главе мы дополнительно рассмотрим состояние, которое в *DSM-IV* называется **бредовое расстройство**, основные признаки которого ранее были включены в классическую рубрику *паранойя*, или *«истинная» паранойя* (в отличие от шизофрении параноидного типа, описанного ниже). Пациенты с бредовым расстройством, подобно многим шизофреникам, вынашивают планы, высказывают мнения и иногда совершают действия, исходя из убеждений, которые окружающие считают ложными и абсурдными. Однако в отличие от шизофренических индивидов, в других отношениях люди с бредовым расстройством могут вести себя достаточно адекватно. Их поведение не демонстрирует грубой дезорганизации и черт, типичных для шизофрении. При данном заболевании редко наблюдается общее расстройство поведения, даже в том случае, если оно принимает хроническую форму.

Шизофрении

Заболевания, известные в настоящее время как шизофрения, ранее относили к типу психических нарушений, возникающих на первых этапах жизни. В 1860 году бельгийский психиатр Бенедикт Морель описал случай 13-летнего мальчика, который блестяще учился в школе, но постепенно утратил интерес к занятиям, становился все более усталым, апатичным, ищущим уединения и тихим и, по всей видимости, начал забывать все, что знал. Он часто говорил об убийстве своего отца. Б. Морель полагал, что интеллектуальные, нравственные и физические функции мальчика были нарушены в результате дегенерации мозга, имеющей наследственную природу и, следовательно, неизлечимой. Он использовал термин *demence precoce* (психическая деградация в ранний период жизни) для того, чтобы описать это состояние и отличать его от слабоумия в старческом возрасте.

Происхождение концепции шизофрении

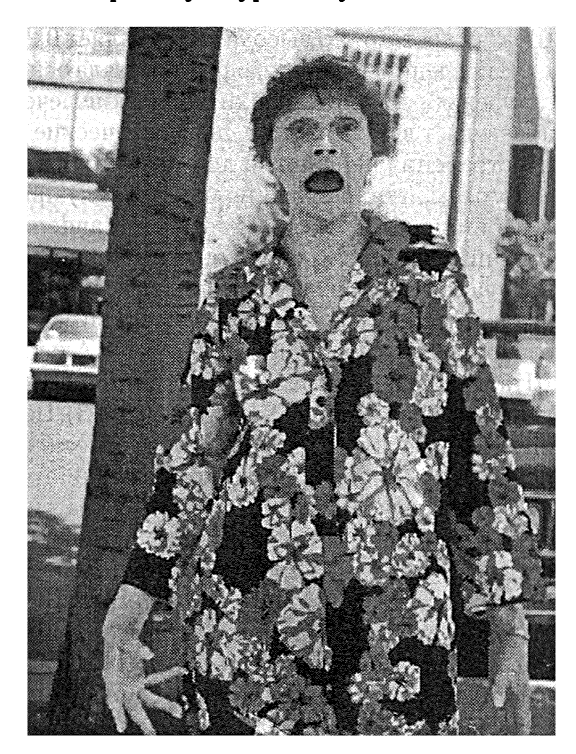
В конце XIX века немецкий психиатр Эмиль Крепелин использовал латинское название этого термина — *dementia praecox* — для обозначения группы состояний, обладающих общей особенностью: психической деградацией, начинающейся в молодом возрасте. Однако в результате использование этого термина вызвало некоторую путаницу. Не существует четких доказательств прогрессирующей (ухудшающейся с течением времени) дегенерации мозга при естественном течении заболевания (Cannon, 1998; Russell et al., 1997). В тех случаях, когда наблюдалась прогрессирующая дегенерация, она, по всей видимости, была вызвана лечением избыточными дозами антипсихотических средств (Cohen, 1997; Gur et al., 1998).

Мы обратимся еще раз к этой проблеме несколько позднее, в разделе о нейроанатомических факторах. Наконец, шизофренические симптомы иногда впервые появляются в середине жизни или позже, хотя их возникновение в подростковом возрасте, в начале периода взрослости гораздо более типично.

Швейцарский психиатр Евгений Блейлер в 1911 году ввел более удачный описательный термин для общих нарушений этого класса. Он использовал слово *schizophrenia* (расщепленный разум), поскольку полагал, что это состояние прежде всего характеризуется дезорганизацией процессов мышления, отсутствием его последовательности, безэмоциональностью и уходом внутрь (оторванностью) от реальности. Таким образом, расщепление не относится к расстройству множественной личности, совершенно иной форме заболевания, рассмотренного в главе 7 (и известного сейчас как диссоциативное расстройство идентичности). При шизофрении наблюдается раскол внутри интеллекта, между интеллектом и эмоциями, между интеллектом и внешней реальностью. Подзаголовок монографии Е. Блейлера, посвященной данному предмету (Bleuler, 1911/1950), назывался: «Группа шизофрений» (*The Group of Schizophrenias*), что указывает на убежденность автора в том, что базовый психический раскол может проявляться во множестве форм.

Распространенность и начало шизофрении

Очень трудно точно оценить уровень глобального распространения шизофрении в связи с тем, что критерии определения этого заболевания сильно варьируют в зависимости от времени и места. Кроме того, кросс-культурное изучение психопатологии обычно чревато множеством ловушек для неосторожного исследователя. Подобные работы могут привести к ошибочным убеждениям, если исследователи применяют непроверенные предположения своей культуры к наблюдениям, сделанным в отношении поведения представителей иной культуры (Tsai et al., в печати; Lewis-Fernandez & Kleinman, 1994). Например, в некоторых культурах вера в то, что человек находится в непосредственном



Людям, которые окружают шизофреника во время активной фазы заболевания, больной кажется чужим, непостижимым и часто пугающим.

контакте с Богом, обитающем в определенном животном или дереве, не противоречит реальности, в отличие от наших культурных представлений. Вероятно, количество подобных проблем будет возрастать, если, как и в случае шизофрений, глубинная природа нарушений остается концептуально неясной.

Некоторые ученые считают, что шизофрения в одинаковой степени распространена в большинстве, если не во всех, обществах нашей планеты. Однако имеющиеся эпидемиологические данные (например, Eaton 1985; Jablensky et al., 1992; Stevens & Hallick, 1992; Torrey, 1987) не свидетельствуют в пользу этого предположения. Предполагается, что в традиционных, небольших по численности обществах шизофрения встречается реже и протекает в менее тяжелой форме, чем в современных индустриальных, за одним исключением, недавно обсуждавшимся в работе Дж. С. Аллена (Allen, 1997). В этой связи мы не можем прийти к какому-либо глобальному утверждению об уровне распространения шизофрении.

Мы сможем прийти к определенному мнению, если будем рассматривать шизофрению, определяемую в Соединенных Штатах в соответствии с *DSM*, где, как обсуждалось в главе 1, психиатрическая эпидемиология находится на достаточно высоком уровне. Как говорилось ранее, *распространенность* шизофрении в Соединенных Штатах составляет 0,2–2,0% населения (American Psychiatric Association, 1994). *Распространенность на протяжении всей жизни* оценивается в 0,7% среди людей, не находящихся в настоящее время в специальных заведениях (Kessler et al., 1994). В течение каждого года примерно 1% взрослых граждан США, более 2 млн человек, демонстрирует соответствие диагностическим критериям шизофрении (Regier et al., 1993). Частота развития новых случаев шизофрении в Соединенных Штатах достаточно высока и составляет 0,2% в год (Tien & Eaton, 1992).

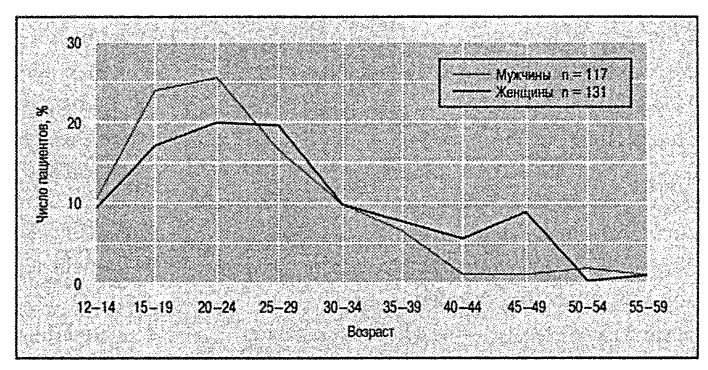
В последние годы шизофрения стала основным диагнозом примерно в 40% всех случаев обращения в психиатрические лечебницы округов и штатов, что намного превышает все остальные диагностические категории. Это второй по степени распространения первичный диагноз (его опережают только нарушения, вызванные алкоголем, или нарушения настроения) при всех обращениях в психиатрические лечебницы, в том числе и частные (Manderschield et al., 1985). Сорок пять процентов шизофреников, проходящие лечение в условиях стационара в течение года, получают его в психиатрических лечебницах округа или штата. Данный показатель выше только у пациентов с тяжелыми когнитивными нарушениями, например слабоумием, вызванным синдромом Альцгеймера. Каждый год в Соединенных Штатах более 1 млн человек получают амбулаторное лечение по поводу первичного диагноза шизофрении (Narrow et al., 1993). Поскольку шизофреники зачастую нуждаются в длительной или повторной госпитализации, они постоянно занимают около половины всех больничных коек в психиатрических лечебницах страны.

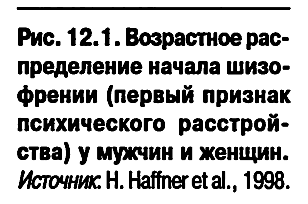
Несмотря на то что шизофренические нарушения у некоторых больных впервые случаются в детстве или старости, примерно в ? всех случаев они начинаются в период от 15 до 45 лет, а средний возраст их появления составляет примерно 24–26 лет. Степень распространения, по-видимому, одинакова для мужчин и женщин, однако у лиц мужского пола шизофрения, как правило, начинается раньше (в 20–25 лет, а не 25–29 лет, как у женщин). Многие исследователи полагают, что мужчины страдают более тяжелыми формами заболевания (Iacono & Beiser, 1992; Marcus et al., 1993; Tien & Eaton, 1992). Это предположение согласуется с результатами недавно

проведенного исследования (Nopoulos, Flaum & Andreasen, 1997), которое продемонстрировало, что связанные с шизофренией аномалии структуры головного мозга (см. обсуждение ниже) у пациентов-мужчин выражены сильнее, чем у женщин. Интерес вызывает тот факт, что возрастные различия в начале заболевания между мужчинами и женщинами имеют противоположный характер: позднее начало шизофрении (в 35 лет и позже) гораздо чаще встречается у женщин, чем у мужчин (Jeste & Heaton, 1994). На рис. 12.1 изображены эти различия. Существуют также доказательства того, что более позднее начало шизофрении у женщин сопровождается тяжелыми клиническими проявлениями (Haffner et al., 1998). Из-за сложности, высокой степени распространенности (особенно в начале взрослой жизни) и тенденции к повторению или переходу в хроническое состояние, шизофрении считаются самыми серьезными из всех психических нарушений, равно как и наиболее непонятными.

Клиническая картина шизофрении

Еще со времен Блейлера выделяют два общих паттерна симптомов, или синдромов, шизофрении. Сегодня они называются **позитивным и негативным синдромами шизофрении** (см., например, Andreasen, 1985; Andreasen et al., 1995). К позитивным признакам, или симптомам, относятся те, которые что-то добавляют к нормальному репертуару поведения и опыта, например выраженную спутанность эмоций, двигательное возбуждение, бредовую интерпретацию событий или галлюцинации. Напротив, негативные признаки и симптомы относятся к отсутствию или дефициту поведенческих проявлений, которые присутствуют в нормальном репертуаре человека, например эмоциональной выразительности, коммуникативной речи или реакции на события, происходящие в окружающей среде. Сходная классификация, в которой делается больший упор на биологических переменных и времени начала заболевания, выделяет практически те же самые паттерны под названиями **шизофрения I и II типа** (Crow, 1985). В табл. 12.1 дано сравнение этих двух систем. Несмотря на то что большинство пациентов демонстрируют в ходе заболевания и позитивные, и негативные признаки (Breier et al., 1994; Guelfi, Faustman & Csernansky, 1989), было показано, что преобладание негативных симптомов в клинической картине имеет более неблагоприятное прогностическое значение (например, Fenton & McGlashan, 1994; McGlashan & Fenton, 1993).




Рис. 12.1. Возрастное распределение начала шизофрении (первый признак психического расстройства) у мужчин и женщин. *Источник:* H. Haffner et al., 1998.

В последние годы был выделен третий паттерн, шизофрения дезорганизованного типа — еще один кластер признаков шизофрении, частично независимый от двух других (Ratakonda et al., 1998; Toomey et al., 1997). Как вытекает из самого названия, этот паттерн характеризуется главным образом хаотической, ненаправленной речью и поведением; его существование, фактически, признавали еще в прошлом веке как один из классических подтипов шизофрении («гебефрения» — *hebephrenia*). Чтобы еще больше усложнить ситуацию, Долфус и его коллеги (Dolphus et al., 1996), используя статистический метод кластерного анализа, недавно высказали предположение о том, что существует, по крайней мере, *четыре* различных паттерна признаков шизофрении: 1) позитивная, 2) негативная, 3) дезорганизованная и 4) смешанная. Поскольку в реальной жизни большинство пациентов, по крайней мере в какой-то период времени, демонстрируют «смешанный» тип, не совсем ясно, что́ это предположение может добавить к нашему пониманию шизофрении. Можно также отметить, что «дезорганизованное» поведение считалось *негативным* признаком в более ранних формулировках концепции позитивного и негативного субсиндромов.

Важно помнить, что деление на позитивность и негативность не дихотомическое. На самом деле, оно не подразумевает наличия только одного измерения. Данные исследований говорят о том, что эти полярные термины можно определять как полюса бесконечного континуума или, возможно, двух отдельных и достаточно независимых континуумов, которые оба в силу некоторых причин участвуют в проявлениях шизофренического поведения.

Каковым бы ни было сочетание или относительная доля позитивных и негативных признаков в каждом конкретном случае, шизофрения охватывает множество специфических проявлений, которые сильно варьируют в течение жизни одного человека или у разных людей. Подобные непредсказуемые колебания зави-

Таблица 12.1

Диагностические признаки, отличающие позитивный субсиндром от негативного, и шизофрению I и II типа

Позитивный субсиндром	**Негативный субсиндром**
Галлюцинации	Эмоциональное уплощение
Бред	Бедность речи
Разрушение ассоциаций	Асоциальность
Странное поведение	Апатия
Минимальные когнитивные нарушения	Значительные когнитивные нарушения
Неожиданное начало	Неявное начало
Переменное течение	Хроническое течение
Тип I	**Тип II**
Добавляются:	*Добавляются*:
Хорошая чувствительность к лекарствам	Неопределенная реакция на лекарства
Аномалии лимбической системы	Аномалии лобной доли
Нормальные желудочки головного мозга	Увеличенные желудочки головного мозга

сят от степени развития и скорости прогрессирования негативных признаков (McGlashan & Fenton, 1993). Однако, по всей видимости, основное проявление шизофрении выражается в такой степени дезорганизации восприятия, мышления и эмоций, что больной оказывается более не в состоянии адекватно исполнять привычные социальные роли. В *DSM-IV* предлагается список критериев для постановки данного диагноза, он приведен в табл. 12.2. Далее следует более детальное описание признаков шизофрении.

Нарушение ассоциативных связей

Ассоциативные нарушения, часто классифицируемые как *расстройство формального мышления,* обычно считаются основным индикатором шизофренического расстройства. В целом, больной человек не в состоянии выразить смысл, несмотря на видимое подчинение семантическим и синтаксическим правилам, управляющим вербальной коммуникацией. Подобная неудача обусловлена не низким интеллектом, плохим образованием или отсутствием культуры. П. Мил (Meehl, 1962) удачно назвал этот процесс «когнитивным скольжением». Другие исследователи определяют его посредством понятий «разрушение», «ослабление» ассоциаций, или «непоследовательность». Независимо от названия, опытные клиницисты без труда диагностируют это состояние: пациент использует комбинации слов, которые звучат как коммуникативные, но слушателю трудно понять смысл сказанного. В исследовании одного из авторов этой книги предлагается пример речи такого больного. Мы приводим его здесь. Давайте рассмотрим следующий отрывок из письма, адресованного королеве Нидерландов Беатрикс и написанного очень умным человеком, страдающим шизофренией.



К позитивным признакам или симптомам относятся те, которые что-то добавляют к нормальному поведению или опыту, например: спутанность эмоций, галлюцинации или двигательное возбуждение. Негативные симптомы, как те, что изображены на рисунке, относятся к поведенческому и эмоциональному дефициту, и обычно обещают худший прогноз.

Таблица 12.2

Критерии *DSM*-IV для постановки диагноза шизофрения

А. **Характерные симптомы**: два (или более) из следующего списка, каждый из которых регистрируется большую часть времени на протяжении 1 месяца (или меньше, в случае успешного лечения):

1) бред;

2) галлюцинации;

3) дезорганизованная речь (например, частые сбои или несвязность);

4) сильно дезорганизованное или кататоническое поведение;

5) негативные симптомы: уплощение эмоций, алексия (недостаток речевой активности, или незначительное содержание идей в речи), или безволие (дефицит или отсутствие «воли»).

Примечание: Необходим только один симптом из списка А, если присутствует причудливый бред или галлюцинации представляют собой голос, комментирующий поведение или мысли человека, или два или более голосов, беседующих друг с другом

Б. **Социальная/профессиональная дисфункция**: в течение длительного времени с момента появления нарушения происходит резкое снижение уровня функционирования в одной или более следующих сферах деятельности: работа, межличностные отношения или обслуживание себя (или, если нарушения зарегистрированы в детстве или подростковом периоде, не удается достигнуть ожидаемого уровня межличностных, учебных или профессиональных успехов)

В. **Продолжительность**: признаки нарушения отмечаются в течение 6 месяцев или более. Этот полугодовой период должен включать в себя, по меньшей мере, 1 месяц (или менее, в случае успешного лечения), в течение которого сохраняются симптомы, перечисленные в списке А (симптомы активной фазы). На протяжении этих 6 месяцев могут также возникать периоды, когда фиксируются предшествующие болезни или остаточные симптомы. В течение этих предшествующих или остаточных периодов признаки заболевания могут проявляться только в виде негативных симптомов, или в виде двух и более слабых по форме симптомов списка А (например, странные убеждения, необычный перцептивный опыт)

Г. **Исключение шизоаффективного расстройства и расстройства настроения**: шизоаффективное расстройство и расстройство настроения с психотическими проявлениями исключаются, в том случае, если 1) одновременно с симптомами активной фазы не наблюдаются депрессивные, маниакальные или смешанные проявления, или 2) эпизоды с настроением произошли одновременно с симптомами активной фазы. Их общая продолжительность была незначительной по сравнению с продолжительностью активного и остаточного периодов

Д. **Исключение общей соматической патологии или состояния, как следствия приема определенных веществ**: нарушение не является следствием непосредственного физиологического эффекта вещества (например, наркотика, лекарственного препарата) или общей соматической патологии

Е. **Сочетание с первазивными нарушениями, связанными с развитием**: при аутизме или другом первазивном нарушении, связанном с развитием, дополнительный диагноз «шизофрения» ставят только в тех случаях, когда выраженный бред или галлюцинации присутствуют в течение, по меньшей мере, месяца (или менее, в случае успешного лечения)

Источник: American Psychiatric Association, 1994, с. 285–286

Разбор случая: пример когнитивного скольжения. «Я также „убил" мою бывшую жену, [имя], в сексуальной схватке, продолжавшейся 2,5–3 часа в Девоне, штат Пенсильвания, в 1976 году, в то время как чета Питкернов находилась в стенном шкафу в соседней комнате, слушая все происходящее. Пожалуйста, найдите мою урологическую карту, вложенную в письмо, где указано, что мои мужские половые органы, особенно пенис, нормального размера и что я способен к нормальным отношениям с любой женщиной, и которая подписана доктором [имя], урологом и хирургом, который в 1982 году делал мне обрезание.

Вывод: Я не могу быть неудачником в физическом смысле (хотя Общество и кормит меня химикатами за мою картину в дурацкой книге)».

В этом примере видна достаточно сохранная структура. В более крайних случаях коммуникация превращается в путаницу, «словесную окрошку».

Нарушение содержания мышления

Нарушения содержания мышления обычно включают в себя типичный бред или ложные убеждения (Oltmanns & Maher, 1988). Наиболее распространенными вариантами бреда является вера в то, что мысли, чувства, действия какого-то человека контролируют извне; что чьи-то частные мысли каким-то образом транслируют по радио другим людям; что враждебные силы вкладывают мысли в чей-то мозг; что некие таинственные организации крадут мысли; или какое-то нейтральное событие (телевизионная программа или сообщение на рекламном щите) несет направленное личное сообщение, что часто называют «идеей отношения отсылки». Регулярно наблюдаются и другие абсурдные предположения, в том числе и бред о чудовищных изменениях тела.

Нарушение восприятия. Большая часть перцептивных нарушений сопровождает выше указанные явления. Пациент выглядит неспособным рассортировать и переработать огромный массив сенсорной информации, с которым постоянно сталкивается каждый из нас. В результате стимулы намного перевешивают те скудные ресурсы переработки информации, которыми обладает человек. Это можно проиллюстрировать следующими высказываниями людей, страдающих шизофренией: «Я чувствую, что слишком насторожен... кажется, что все выливается на меня сразу... Я ничего не могу избежать...», «Мои нервы кажутся сверхчувствительными... предметы — слишком яркими... шум — слишком громким... Мои чувства настолько глубоки... вещи выглядят так живо, и все это обрушивается на меня, как вода, прорвавшая дамбу». «Мне кажется, что ничего не может остановиться. Мысли скачут в моей голове... и распадаются на части... распадаются на куски мыслей и образов... как разорванная картина. И все выходит из-под контроля... Я не могу остановить это». Подсчитано, что примерно 50% пациентов, диагностированных как шизофреники, испытывают подобное нарушение избирательности восприятия во время приступов болезни. Другое, более драматическое по характеру перцептивное явление — **галлюцинации**, ложные восприятия, например голоса, которые может слышать только сам шизофреник. При заболевании шизофренией наиболее часто возникают слуховые галлюцинации, хотя иногда могут быть зрительные и даже обонятельные. Типичная галлюцинация состоит в том, что голос (или голоса) комментируют поведение или мысли человека. Некоторые исследователи (Stern & Silbersweig, 1998) высказывают гипотезу, согласно которой галлюцинации при

шизофрении являются результатом нарушения нейронных обратных связей между различными участками мозга.

Эмоциональная дисфункция. Существует мнение, что шизофренические синдромы включают в себя элементы эмоционального возбуждения, или аффект. В более тяжелых либо хронических случаях заболевания картина дополняется явной эмоциональной анестезией (неспособностью испытывать радость или удовольствие), или снижением силы эмоционального реагирования, или «притуплением» эмоций (отсутствием интенсивности и четкости проявлений). Человек может казаться практически лишенным эмоций: даже самые тяжелые и драматические события вызывают у него, в лучшем случае, лишь интеллектуальное признание произошедшего. Однако мы должны быть осторожны с интерпретацией данного признака, поскольку здесь наблюдается дефицит внешнего выражения, а не самого чувства *per se* (Berenbaum & Oltmanns, 1992; Dworkin et al., 1998; Kring, 1998; Kring et al., 1993). В других случаях, особенно во время острой фазы, человек может продемонстрировать сильный аффект, но эмоция будет противоречить ситуации или содержанию его мыслей. Например, человек реагирует на известие о смерти родителей веселым ликованием.

Спутанное ощущение себя. Шизофреники могут испытывать замешательство при определении собственной идентичности вплоть до утраты субъективного ощущения себя или своих действий. Бредовые предположения о новой идентичности, в том числе и такой уникальной, как Иисус Христос или Дева Мария, возникают достаточно часто. В других случаях человек может быть озадачен некоторыми характеристиками своего тела, например полом, или испытывать неуверенность по поводу границ, отделяющих его личность от окружающего мира. Последнее часто сопровождается пугающими «космическими» или «океаническими» чувствами о некой тесной связи с вселенскими силами, Богом или дьяволом. Эти чувства возникают в связи с идеями внешнего контроля и сходным бредом.

Нарушение воли. У шизофреников почти всегда нарушена целенаправленная деятельность. Для них также характерны нарушения в сфере повседневного функционирования: работа, социальные отношения, забота о себе. В результате человек перестает быть похож сам на себя. Таким образом, картина заключается в том, что нарушаются ранее выработанные стандарты выполнения повседневных обязанностей. Например, человек может прекратить поддерживать минимальные нормы личной гигиены или продемонстрировать глубокое пренебрежение к личной безопасности и своему здоровью. Многие исследователи считают эти нарушения «исполнительского» поведения результатом нарушений в префронтальной области коры головного мозга (Lenzeweger & Dworkin, 1998).

Уход во внутренний мир. В случае заболевания шизофренией связи с внешним миром ослабевают практически сразу. В крайних случаях отчуждение от реальности выглядит преднамеренным и включает в себя активный уход из окружающей среды. Такое отчуждение от реальности может сопровождаться тщательной разработкой внутреннего мира, где человек развивает алогичные и фантастические идеи и даже продуцирует странных существ, которые взаимодействуют с человеком по законам создаваемой им самим драмы.

Нарушение моторного поведения. В движениях шизофреников иногда наблюдаются различные специфические особенности. Это главная и определяющая характеристика шизофрении кататонического типа, о которой мы подробно погово-

рим несколько позже. Такие моторные нарушения колеблются от экзальтированной гиперактивности до резкого снижения количества всех движений или явной неуклюжести. Сюда также относятся различные ригидные положения тела, немота, навязчивые движения и причудливые гримасы.

Проблемы диагностики шизофрении. Как мы видели, диагнозу «шизофрения» может соответствовать значительное количество нарушений с различной этиологией, паттерном развития и окончательным результатом, возможно, большее, чем в случае любого другого психиатрического заболевания. Это приводит к большой неразберихе на клиническом уровне наблюдений, а именно здесь, за редкими исключениями, и происходит диагностирование в соответствии *DSM*. Следовательно, выявление неотъемлемых черт «шизофренического» поведения больше, чем где-либо еще, зависит от суждений признанных экспертов в этой области, а не от твердо установленных и надежных научных данных. Фактически, критерии для постановки диагноза «шизофрения» сильно варьировали на протяжении прошлого столетия (Hegarty et al., 1994). В то время как ни один здравомыслящий человек не сомневался в реальности описанных выше поведенческих явлений, очень сложно было идентифицировать или точно сформулировать суть этого предположительно психопатологического феномена.

Следовательно, невзирая на драматичность перечисленных клинических явлений, необходимо помнить, что понятие «шизофрения» остается предварительным конструктом (Andreasen & Carpenter, 1993), определение которого эволюционирует и изменяется со временем. Это оказывает существенное влияние на показатели и степень распространенности данного заболевания (Carson & Sanislow, 1993) и, как мы увидим далее, на наблюдаемый клинический результат у пациентов, которым был поставлен этот диагноз. Критерии для использования этого диагноза, несомненно, претерпят значительные изменения в будущем по мере того, как будет меняться вся концепция.

Классические подтипы шизофрении

В последних изданиях *DSM* перечислены пять подтипов шизофрении, основанных на различных клинических картинах, которые долго считали вариантами общей схемы заболевания; эти данные суммированы в табл. 12.3. Мы уделим основное внимание четырем из них: недифференцированному, кататоническому, дезорганизованному и параноидному типам. В настоящее время наиболее распространены недифференцированный и параноидный типы.

Недифференцированный тип

Как вытекает из самого названия диагноза **«шизофрения», недифференцированный тип** — это своего рода ведро для мусора. Пациент с таким диагнозом удовлетворяет обычным критериям для шизофрении, включая (в различных комбинациях) бред, галлюцинации, нарушение мышления и странности поведения, но не соответствует четко ни одному типу заболевания, поскольку картина симптомов носит смешанный характер. Люди на острых, ранних фазах шизофрении часто демонстрируют недифференцированные симптомы, равно как и те, кто находится на переходном этапе от одного стандартного типа заболевания к другому.

Возможно, большинство возникающих впервые, быстро развивающихся, острых приступов этого заболевания проявляются как недифференцированный тип. Однако существующие диагностические критерии (*DSM-IV*) заранее исключают диагноз «шизофрения» до тех пор, пока признаки расстройства не будут наблюдаться в течение, по крайней мере, 6 месяцев; за это время может развиться стабильный паттерн, соответствующий более определенному типу. С другой стороны, у некоторых больных шизофрения недифференцированного типа сохраняется на

Таблица 12.3

Типы шизофрении

Тип	Характеристики
Недифференцированный	Паттерн симптомов представляет собой быстрое изменение всех или почти всех первичных индикаторов шизофрении. Обычно наблюдаются признаки недоумения, замешательства, эмоциональной спутанности, бред отношений, возбуждение, сонливый аутизм, депрессия и страх. Чаще всего эта картина наблюдается у пациентов, которые находятся в процессе срыва, в пограничном состоянии. Однако она присутствует и в тех случаях, когда человеку с шизофреническим психозом приходится заново приспосабливаться к изменившимся условиям. В таких случаях картина часто маскируется колебаниями в сторону других подтипов первичной шизофрении
Параноидный	В картине симптомов доминирует абсурдный, алогичный и изменчивый бред, часто сопровождающийся яркими галлюцинациями, что приводит к нарушению критических суждений и неустойчивому, непредсказуемому и часто опасному поведению. В хронических случаях обычно выявляется меньшая дезорганизация поведения, чем при других типах шизофрении, и меньшая степень отчуждения от социальных взаимодействий
Кататонический	Часто характеризуется чередующимися периодами крайнего отчуждения и крайнего возбуждения, хотя в некоторых случаях может преобладать одна из этих реакций. При реакции отчуждения наблюдается неожиданная утрата активности и тенденция к сохранению неподвижности в одной и той же позе на протяжении часов или даже дней. Клиническая картина может претерпевать резкие изменения, если неожиданно наступает оживление: больной может не к месту говорить или кричать, быстро ходить, демонстрировать незаторможенное, импульсивное и избыточно активное поведение. В этом состоянии он может быть опасен
Дезорганизованный	Часто развивается в более раннем возрасте, чем остальные типы шизофрении, и выражается в более тяжелой дезинтеграции личности. Нарушения и притупление эмоций обычно проявляются в неуместном смехе или печали, специфических манерах и необычном, иногда непристойном поведении
Остаточный	Мягко выраженные признаки шизофрении, демонстрируемые больными в состоянии ремиссии после шизофренического эпизода

протяжении длительного времени. Интересным примером такого состояния служит история болезни Рика Уиллера.

Разбор случая: он думал, что он может двигать горы. Рик Уиллер, 26 лет, с аккуратной внешностью, дружелюбный и приятный в общении, был не допущен на борт самолета полицией аэропорта, потому что стал источником беспорядков. Согласно его объяснению, это, возможно, случилось потому, что в тот момент он «находился в другом измерении». В момент ареста Рика пытались спрашивать, кто он, как его зовут и какое сегодня число, но его рассказ об этих фактах сопровождался причудливым и подробным контекстом, полным научно-фантастических тем. Расследование установило, что он был выпущен из близлежащей психиатрической лечебницы за 3 дня до описываемых событий. Полиция поместила его в другую больницу.

В момент госпитализации обследование его физического состояния и лабораторные анализы дали нормальные результаты, но Рик заявил, что он — Иисус Христос и может двигать горы. За его речью было крайне трудно следить, поскольку она отличалась спутанностью и бессвязностью. Например, он так объяснял свое желание уехать из города: «Я не одобряю вещи, которые происходят здесь. Я одобряю другие вещи, но я не одобряю другие вещи. И поверьте мне, им же будет хуже, в конце концов». Он жаловался на то, что дьявол хочет убить его и что предлагаемая ему пища состоит из «молотых трупов». Он заявил, что был рожден из половых органов своего отца.

Исследование жизни Рика показало, что его трудности начались в начальной школе после удачного учебного старта: «Я мог понимать, но я не мог запоминать... это как будто смотришь на что-то, но не можешь взять это». Поэтому он учился в классе для детей с плохой успеваемостью до тех пор, пока не покинул школу в старших классах. Он никогда не работал в течение полной рабочей недели и был довольно плохо социально адаптирован. Он не показывал никакого интереса к женщинам до тех пор, пока в 19 лет не женился. Рик вступил в брак с одной из пациенток, с которой познакомился в стационаре (начиная с 16 лет, он был госпитализирован около 20 раз). От этого союза родилась девочка, но Рик потерял и ее, и свою жену из виду; он больше не интересовался женщинами. Сам Рик был самый старший из 5 детей; среди его ближайших родственников (родители, братья и сестры) неизвестны случаи психических нарушений.

Рик был не в состоянии работать и жил, главным образом, на федеральное социальное пособие и за счет фондов, финансирующих содержание пациентов в общественных больницах. Периоды госпитализации и проживания в домашних условиях во многом определялись его финансовым положением; так, он старался выйти из боль-



Этот портрет нарисован мужчиной, которому был поставлен диагноз «шизофрения недифференцированного типа». На протяжении 9 лет он нарисовал сотни портретов, на которых всегда отсутствовала верхняя часть головы мужчин, хотя женщины имели законченный вид. Хотя терапевт пытался различными способами убедить его дорисовать голову мужчины, он никогда не соглашался.

ницы в начале месяца, когда должен был прийти чек на получение пособия, и снова туда вернуться (или, в качестве альтернативы, в тюрьму) в результате инициации публичной ссоры, когда деньги подходили к концу. Многочисленные попытки поместить Рика в госпиталь на неопределенный срок заканчивались неудачей, поскольку ему удавалось выглядеть дееспособным в глазах суда. Однако его объявили недееспособным для того, чтобы получать его чеки, и различные родственники предложили свои услуги по управлению финансами Рика. Сейчас они боятся делать это, поскольку Рик поджег дом своей бабушки, придя к выводу (как выяснилось, абсолютно беспочвенному) о том, что она растратила часть его денег. Он также угрожал другим людям, его несколько раз арестовывали за незаконное ношение оружия.

Во время последней госпитализации на протяжении пяти недель он принимал два различных антипсихотических препарата, но ни один из них не вызвал заметного улучшения. Рик все еще заявлял о своих сверхъестественных возможностях и специальных связях с правительствами нескольких стран; отказывался от еды, поскольку в ней были размолотые трупы, а также угрожал нанести телесные повреждения людям, которых считал недружелюбными. Родственники предприняли еще одну попытку назначить ему официальное опекунство. Как хвастливо предсказывал Рик, эта попытка провалилась из-за того, что он ясно защищал себя, и суд отклонил это предложение. Он был помещен в охраняемый интернат, но исчез оттуда через 4 дня» (адаптировано, Spitzer et al., 1983, p. 153–155).

У большинства пациентов, демонстрирующих хаотический, недифференцированный паттерн шизофрении, не наблюдается раннее и медленно развивающееся, коварное начало болезни (связанное с плохим прогнозом), которое мы видели в истории болезни Рика. Напротив, болезнь начинается неожиданно, в контексте с каким-нибудь происшествием, которое кажется незначительным, нередко — в результате сильного стресса. Эпизод обычно заканчивается в течение нескольких недель или, в большинстве случаев, месяцев. Повторные эпизоды отмечаются достаточно часто, особенно при отсутствии интенсивного последующего лечения. Если это «шизофреноподобное» (см. ниже) расстройство продолжается более 6 месяцев, его можно классифицировать как шизофрению. В редких случаях лечение не приносит положительного результата, и смешанные симптомы раннего недифференцированного расстройства перетекают в хроническую фазу. Во время этой стадии заболевания, как правило, развиваются более специфические симптомы других подтипов шизофрении, происходит усиление негативных симптомов.

Кататонический тип

Основной чертой **шизофрении кататонического типа** являются двигательные признаки, выражающиеся либо в возбуждении, либо в виде ступора, которые иногда затрудняют дифференциацию этого состояния от психотических расстройств настроения. Клиническая картина часто характеризуется ранним проявлением нарушений, которые становятся хроническими и неподдающимися лечению, если не удается приостановить процессы, лежащие в их основе. Одно время кататонические реакции были распространены в Европе и Северной Америке, однако в настоящее время они встречаются там гораздо реже.

Некоторые пациенты очень внушаемы и автоматически подчиняются командам, имитируют действия других людей (эхопраксия) или повторяют произнесенные ими фразы (эхолалия). Если поднять руку пациента и поместить ее в неесте-

ственное и неудобное положение, он может удерживать ее таким образом в течение нескольких минут или даже часов. Как правило, пациенты в состоянии кататонического ступора упрямо сопротивляются любым попыткам изменить положение их тела: не открывают рот, отказываясь от кормления, и не подчиняются даже самым несложным просьбам. Они не обращают внимания на контроль над мочевым пузырем и кишечником, в связи с чем у них может наблюдаться непроизвольное мочеиспускание и выделение кала. Для них типично отсутствующее выражение лица и восковой оттенок кожи. Угрозы и болевые раздражители не оказывают на них никакого воздействия, и сестринскому персоналу приходится их умывать и одевать.

Кататонические пациенты могут неожиданно переходить от состояния полного ступора к чрезвычайному оживлению, во время которого они «находятся под гнетом активности», и впадать в ярость, как некоторые больные, страдающие биполярной манией. Они могут бессвязно и путано говорить или кричать, быстро ходить взад-вперед, открыто удовлетворять сексуальные потребности, пытаться нанести себе увечья или даже покончить с собой, импульсивно нападать на окружающих и пытаться убить их. Внезапность и крайняя агрессивность этих атак делают подобных пациентов опасными как для себя, так и для других. Предлагаемая история болезни иллюстрирует отдельные симптомы, типичные для кататонических реакций.

Разбор случая: кататония у 16-летнего пациента. Шестнадцатилетний ученик старших классов Тодд Филлипс был направлен в психиатрическую больницу семейным врачом. Его семья была крайне расстроена его странным поведением на протяжении восьми предшествовавших этому событию месяцев. Члены семьи проконсультировались со своим семейным врачом, который лечил Тодда малыми дозами антипсихотического препарата, однако лечение не привело к улучшению состояния пациента.

Хотя у Тодда было много проблем с раннего детства, за 8 месяцев до описываемых событий в его состоянии произошли явные изменения. Он начал проводить все больше и больше времени в своей комнате, потерял интерес ко многим обычным занятиям. Его успеваемость упала. Он начал заикаться. Раньше он весил 215 фунтов, но стал меньше есть и потерял 35 фунтов. Без каких-либо причин он начал выпивать большое количество воды.

Затем произошли дальнейшие ухудшения. Несколько месяцев назад Тодд начал брать уроки тай-ши и часто застывал на долгое время в положениях, напоминающих стойки карате, забывая обо всем, что происходило вокруг. Он перестал делать домашние задания и тратил невероятно много времени на то, чтобы одеться, поесть или вымыться. Утром, перед тем как одеться, он совершал сложный ритуал, раскладывая свои вещи на кровати в определенном порядке. Когда родители спрашивали его о чем-нибудь, Тодд снова и снова повторял вопрос; казалось, что он не слышит или не понимает сказанного.

В школе он получил замечание за то, что первый раз опоздал на занятия. Его семья начала терять терпение, когда Тодд, в конце концов, отказался ходить в школу. Когда отец пытался убедить его утром встать с постели, он лежал неподвижно. Ночью иногда происходило недержание мочи. Именно тогда, в полном отчаянии, его родители решили посоветоваться со своим семейным врачом.

Впервые появившись в госпитале, Тодд выглядел взъерошенным, немного полноватым подростком. Он неподвижно стоял в центре комнаты, склонив голову на грудь и вытянув руки по швам. Он казался озадаченным, но ориентировался во времени и пространстве. Тодд был в состоянии производить несложные подсчеты, и его крат-

косрочная и долговременная память не была повреждена. На вопросы он отвечал медленно и в весьма специфичной манере. Здесь приводится образец его речи.

В. Почему ты пришел в госпиталь?

Т. Почему я пришел? Почему я пришел в госпиталь? Я пришел в госпиталь, потому что с моими руками происходят сумасшедшие вещи. Иногда мои руки подпрыгивают, как... Минутку... Я думаю, это случается... Да, посмотрите, как это происходит (*совершает движения руками, как робот*).

В. О чем ты думаешь?

Т. О чем я думаю? О чем я думаю? Ну, я думаю о вещах... как... да, ну... Я думаю мысли... У меня есть мысли. Я думаю мысли.

В. Какие мысли?

Т. Какие мысли? Какие мысли? Я думаю мысли.

В. Ты слышишь голоса?

Т. Слышу ли я голоса? Я слышу голоса. Люди говорят. Слышу ли я голоса? Нет... Люди говорят. Я слышу голоса. Я слышу голоса, когда люди говорят.

В. Ты болен?

Т. Я болен? Нет, я не болен... эти беспокойные привычки, эти беспокойные привычки. У меня есть привычки. У меня есть беспокойные привычки.

Во время обследования он совершал постоянные жевательные и кусающие движения. Иногда, когда ему задавали вопросы, он загадочно улыбался. Казалось, он, по большей части, не реагирует на то, что происходит вокруг него. Его редкие движения были медленными и порывистыми, и он часто принимал положения, напоминающее позиции карате, и замирал так. Когда обследующий его врач положил руки пациента в неудобное положение, тот застыл в таком положении на несколько минут» (Spitzer et al., 1983, p. 139–140).

Хотя вопрос далек от окончательного решения, некоторые клиницисты интерпретируют неподвижность кататоника следующим образом. Согласно их мнению, такая неподвижность представляет собой способ противостояния снижению собственной фильтрующей способности и повышению чувствительности к раздражителям. Она, по-видимому, дает ощущение некоторого контроля над внешними источниками раздражителей, но не обязательно — над внутренними. Т. Фримен (Freeman, 1960) процитировал объяснение, предложенное одним из его пациентов: «Я не хочу двигаться, потому что, если бы я захотел этого, то все вокруг изменилось, и это ужасно бы меня расстроило; я остаюсь неподвижным, чтобы сохранить чувство постоянства» (p. 932).

Дезорганизованный тип

По сравнению с другими типами шизофрении, **шизофрения дезорганизованного типа** обычно начинается в более раннем возрасте и представляет собой более тяжелую форму дезинтеграции личности. К счастью, как и кататония, она встречается относительно редко. Согласно предыдущей классификации *DSM-III*, этот тип назывался геберфренической шизофренией.

В типичном случае для больного человека характерны многочисленные странности, чрезмерная тщательность в тривиальных вещах и увлеченность туманными религиозными и философскими проблемами. Зачастую больной грустно размышляет над ужасными последствиями мастурбации или мелкими нарушениями обы-

чаев. В то время как одноклассники наслаждаются нормальными играми и общественной деятельностью, больной часто уединяется и становится все более озабоченным своими фантазиями.

По мере того как расстройство прогрессирует, человек становится эмоционально индифферентным и инфантильным. Обычными симптомами являются глупая улыбка и неподобающий смех по любому незначительному поводу или вообще без оного. Если спросить о причине смеха, пациент может ответить, что он (или она) не знает этого, или предложить абсолютно неудовлетворительное объяснение, не имеющее никакого отношения к делу. Речь становится бессвязной, в ней проскальзывает лепет младенца, детское хихиканье, бесконечное повторение слов с похожим звучанием и нарушение ассоциативного мышления, что придает ей характер каламбура. Пациент может изобретать новые слова (неологизмы). Иногда его речь становится абсолютно непонятной. Обычны галлюцинации, особенно слуховые. Голоса, которые слышат пациенты, могут проклинать их за безнравственные поступки, «лить грязь» в их умы и обзывать их обидными прозвищами. Бред обычно имеет сексуальную или религиозную природу, иногда принимает характер ипохондрии и преследования; как правило, он изменчив, не систематичен и фантастичен. Например, одна женщина настаивала на том, что враги не только преследуют ее, но и уже неоднократно убивали. Другая пациентка заявляла, что в ее матку прямо из Кремля ведет труба и что она наводнена русскими.

В отдельных случаях такие больные настроены враждебно и агрессивно. Они могут обладать специфическими манерами и другими странными формами поведения. Поведение таких пациентов характеризуется гримасничаньем, разговорами с самим собой и жестикуляцией, неожиданным, необъяснимым смехом и всхлипыванием; а в некоторых случаях — аномальным интересом к моче и фекалиям, которые



Специфические позы — это определяющая особенность кататонического подтипа шизофрении.

они могут размазывать по стенам и даже по себе. Им также свойственны непристойное поведение и отсутствие какой-либо скромности или чувства стыда. Хотя такие больные могут демонстрировать взрывы гнева и вспышки раздражения в связи со своими фантазиями, они индифферентны к реальным жизненным ситуациям, независимо от того, насколько те ужасны или печальны. Следующее интервью представляет собой пример шизофрении дезорганизованного типа.

Разбор случая: «я чокнутая... одинокая девушка». Пациентка разведена, ей 32 года, она поступила в больницу с причудливым бредом, галлюцинациями и тяжелой формой дезинтеграции личности. Она страдала алкоголизмом, была замечена в беспорядочных половых связях и, возможно, инцесте со своим братом. Следующий разговор демонстрирует типичные гебефренические ответы на вопросы.

Врач: Как вы чувствуете себя сегодня?

Пациентка: Прекрасно.

Врач: Когда вы поступили сюда?

Пациентка: В 1416 году, вы помните, доктор (*глупо хихикая*).

Врач: Вы знаете, почему вы здесь находитесь?

Пациентка: Ну, в 1951 году я превратилась в двух мужчин. Президент Трумэн был судьей на моем судебном процессе. Меня осудили и повесили (*глупо хихикает*). Мой брат и я получили наши нормальные тела 5 лет назад. Я — женщина-полицейский. На моем теле спрятан диктофон.

Врач: Вы можете назвать это место?

Пациентка: Я не пью уже 16 лет. У меня умственный отпуск после задания «возчик» или «игла». У меня были контракты со студией «Уорнер Бразерз», и Юджин разбил пластинки фонографа, но Майк протестовал. Я проработала в департаменте полиции 35 лет. Я сделана из плоти и крови, смотрите, доктор (*распахивает платье на себе*).

Врач: Вы замужем?

Пациентка: Нет. Я непривлекательна для мужчин (*глупо хихикает*). У меня есть соглашение о партнерстве с моим братом. Я чокнутая... одинокая девушка.

Обычно, если у человека развивается шизофрения дезорганизованного типа, прогноз достаточно плохой. На этой стадии расстройства еще не разработано лечение, приводящее к более эффективному результату, чем незначительное улучшение.

Параноидный тип

Ранее примерно половине всех шизофреников, впервые обратившихся в больницу, ставили диагноз **шизофрения параноидного типа**. Однако в последние годы распространение параноидного типа пошло на спад, тогда как значительно возросло количество случаев заболевания шизофренией недифференцированного типа. Причины этой тенденции не ясны, но, возможно, это связано с тем, что сейчас пациенты, которым впервые поставлен диагноз шизофрении или шизофреноподобного расстройства, сразу получают антипсихотические препараты, приводящие к подавлению таких «позитивных» симптомов, как параноидный бред.

Очень часто люди, страдающие шизофренией параноидного типа, длительное время испытывали непрерывно растущую подозрительность и серьезные трудности в межличностном общении. В их клинической картине преобладает абсурдный, алогичный и часто изменчивый бред. Наиболее часто отмечается бред преследования, который может быть наполнен множеством причудливых идей и сюжетов. Человек зачастую становится очень подозрительным по отношению к своим родственникам и коллегам, может жаловаться на то, что за ним следят, его преследуют, подмешивают ему яд, о нем судачат или воздействуют на него с помощью различных пыточных устройств, установленных «врагами».

Помимо темы преследования, бред параноидного типа часто дополняется темами величия. Люди с подобным бредом могут, например, заявить, что они являются величайшими экономистами или философами, выдающимся историческим лицом: Франклином Рузвельтом, Жанной д'Арк или самим Богом. Этот бред часто сопровождается яркими слуховыми, зрительными и другими галлюцинациями. Пациенты могут слышать пение или голос Бога, голоса своих врагов; они могут видеть ангелов или чувствовать вредоносное излучение, пронзающее их тело в различных местах.

Когда мышление и поведение индивида сосредоточиваются на темах преследования, величия или на том и на другом одновременно, образуется патологическая «параноидная конструкция», которая, при учете всех искажений реальности, дает пациенту ощущение идентичности и значимости, не достижимые для него с помощью иных средств. Таким образом, по сравнению с шизофрениками других типов, у человека, страдающего шизофренией параноидного типа, проявляется тенденция к более высоким уровням адаптации и когнитивных интегративных навыков. Однако данные различия невелики и касаются далеко не всех когнитивных областей (Zalewski et al., 1998).






Пациент с диагнозом «шизофрения параноидного типа» не смог справиться с заданием, когда терапевт попросил сделать его оригинальный рисунок. Затем, с помощью терапевта, была выбрана картинка из журнала (наверху слева), чтобы пациент мог скопировать ее. Одна из его первых попыток (наверху справа) представляла собой рисунок карандашом на бумаге, демонстрирующий сильные визуальные нарушения, равно как и неспособность работать с цветом, а также трудности с использованием букв алфавита. Явные визуальные нарушения были диагностическим признаком, благодаря которому терапевт смог узнать, что пациент видел вещи искаженными из-за испытываемого им чувства страха. Нижний левый рисунок демонстрирует значительное улучшение состояния пациента. Не прошло и года с начала терапии, как он смог выполнить реалистический рисунок (рисунок внизу справа).

Несмотря на весьма скромные «преимущества», которыми могут воспользоваться люди, страдающие шизофренией параноидного типа, с ними очень непросто иметь дело. Слияние бреда и галлюцинаций в параноидную конструкцию приводит к потере критических суждений и неустойчивому, непредсказуемому поведению. Подчиняясь командам «голоса», такой человек может совершать акты насилия. Таким образом, параноидные шизофреники иногда могут быть опасны, когда, например, нападают на людей, которые, как они убеждены, преследуют их. Парадокс заключается в том, что эти проблемы лишь усугубляются тем фактом, что такие больные демонстрируют менее странное поведение и меньшую степень отчуждения от внешнего мира, чем индивиды, страдающие другими типами шизофрении; это приводит к тому, что их реже содержат в щадящих условиях.

Предлагаемый ниже разговор между врачом и пациентом, имеющим диагноз «хроническая шизофрения параноидного типа», великолепно иллюстрирует картину алогичных, бредовых симптомов наряду с постоянным вниманием к ложно интерпретируемым сенсорным ощущениям, которым обладают подобные индивиды.

Разбор случая: параноидная шизофрения.

Врач: Как вас зовут?

Пациент: Кто вы?

Врач: Я — врач. Кто вы?

Пациент: Я не могу сказать вам, кто я.

Врач: Почему вы не можете сказать мне?

Пациент: Вы мне не поверили бы.

Врач: Что вы здесь делаете?

Пациент: Ну, меня послали сюда, чтобы помешать русским. Я — единственный в мире, кто знает, как справиться с ними. Они везде разослали своих шпионов, чтобы заполучить меня, но я умнее любого из них.

Врач: Что вы собираетесь делать, чтобы помешать русским?

Пациент: Я это организую.

Врач: Кого вы собираетесь организовать?

Пациент: Всех. Я — единственный человек в мире, кто способен на это, но они пытаются достать меня. Но я собираюсь использовать свою атомную бомбу, чтобы взорвать их всех.

Врач: Вы, должно быть, чертовски важная персона.

Пациент: Да, конечно.

Врач: Как вы называете себя?

Пациент: Вы знали меня как Франклина Д. Рузвельта.

Врач: Разве он не умер?

Пациент: Конечно, он умер, но я жив.

Врач: Но вы — Франклин Д. Рузвельт?

Пациент: Его дух. Он, Бог и я разработали это. И сейчас я собираюсь создать расу здоровых людей. Мои агенты выводят их. Скажите, кто вы?

Врач: Я здешний врач.

Пациент: Вы не похожи на врача. Я считаю, вы похожи на русского.

Врач: Как вы можете отличить русского от ваших агентов?

Пациент: Я читаю по глазам. Я получаю все сигналы из глаз. Я смотрю в ваши глаза и получаю все сигналы.

Врач: Вы слышите иногда голоса, которые говорят вам, что какой-то человек — русский?

Пациент: Нет, я просто смотрю в глаза. Я завел здесь зеркало, чтобы всматриваться в свои собственные глаза. Я знаю все, что случится. Я могу сказать по цвету, по форме.

Врач: У вас были какие-нибудь неприятности с людьми до того, как вы попали сюда?

Пациент: Ну, только с русскими. Они пытались окружить меня в моем квартале. Однажды они попытались бросить в меня бомбу из пожарного выхода.

Врач: Почему вы считаете, что это была бомба?

Пациент: Я просто знаю это.

Несмотря на длительность существования, схема деления на формальные подтипы, описанная выше, никогда не была очень продуктивной ни с точки зрения клинического подхода (со временем у пациентов нередко спонтанно менялся подтип), ни в том, чтобы пролить свет на базовые проблемы, например природу «общего ядра», если оно вообще есть, шизофренического опыта.

Другие шизофренические паттерны

Остальные субкатегории шизофрении, содержащиеся в *DSM-IV*, заслуживают лишь краткого упоминания.

Шизофрения резидуального типа, пятый официально признанный тип шизофрении. Данный тип представляет собой категорию, применяемую в отношении тех людей, которые перенесли эпизод шизофрении и настолько успешно излечились, что у них более не наблюдалось явных психотических симптомов. Тем не менее они все еще демонстрируют слабые признаки своего прошлого заболевания, например странные убеждения, уплощенные эмоции или эксцентричное поведение.

Как отмечалось в главе 6, термин **«шизоаффективное расстройство»** (биполярного или депрессивного подтипа) применяется по отношению к индивидам, демонстрирующим признаки как шизофрении, так и тяжелого аффективного расстройства. Согласно классификации *DSM-IV*, это нарушение не считается официальным подтипом шизофренических расстройств, хотя и включено в список в том же разделе руководства, а также имеет общий с шизофрениями цифровой код. Таким образом, хотя оно и рассматривается как отдельное заболевание, его статус в системе *DSM* остается неясным, что отражает существование противоречий в исследовании данной области.

Шизофреноподобное расстройство — категория, применяемая к шизофреноподобным психозам, которые продолжаются менее 6 месяцев. Оно может включать любые симптомы, описанные в предыдущих разделах, но чаще всего встречается в недифференцированной форме. Кратковременные психотические состояния такого сорта могут быть, а могут и не быть связаны с последующим психиатрическим нарушением (Strakowski, 1994). В настоящее время, однако, во всех недавно начав-

шихся случаях шизофрении предположительно сначала должен быть поставлен диагноз шизофреноподобного расстройства. Поскольку существует вероятность ранней и длительной ремиссии первого эпизода приступа шизофрении, прогноз в случае шизофреноподобного расстройства (где проявляются недавно начавшиеся шизофренические симптомы) лучше, чем для устойчивых форм данного заболевания. Вероятно, что исключение этого расстройства из официальной категории шизофренических позволит уменьшить пагубные последствия навешивания ярлыка.

Причины шизофрении

Несмотря на огромное количество исследований, начатых много лет тому назад и продолжающихся по сей день, причины, вызывающие шизофрению, остаются неизвестными, особенно в отношении деталей. Главную ответственность за возникновение заболевания приписывали 1) биологическим факторам; 2) психосоциальным факторам, включая патогенные межличностные и семейные паттерны и декомпенсацию после избыточного стресса; и 3) социокультурным факторам, активно влияющим на тип и локальное распространение шизофренических расстройств. Эти три фактора, несомненно, не исключают друг друга, и, возможно, каждый из них охватывает, по крайней мере, некоторую часть случаев. Вначале мы обсудим биологические факторы, поскольку они занимают ведущее место в современном понимании шизофрении.

Биологические факторы шизофрении

Исследования биологических факторов, входящих в совокупность причин, ведущих к шизофрении, были сосредоточены на генетике и различных биохимических, нейрофизиологических и нейроанатомических процессах. Далее мы обсудим все эти направления исследований.

Генетическое влияние

На протяжении многих десятилетий было известно, что расстройства шизофренического типа имеют склонность регулярно повторяться в семье, что породило представление об «испорченных» генах как важной причине возникновения данного нарушения. На самом деле, свидетельств более высокого, чем ожидалось, уровня заболеваемости шизофренией среди биологических родственников «выявленных» случаев (человек, которому был поставлен данный диагноз и которого затем, в связи с этим, включили в опрос, или «пробанд») более чем достаточно. Кроме того, эти свидетельства включают в себя сильную корреляцию между близостью кровного родства (количеством общих генов) и степенью соответствия диагнозу, что показано на рис. 12.2.

Несомненно, как мы неоднократно подчеркивали, интерпретация подобных семейных паттернов соответствия никогда не может быть однозначной в некоторой степени из-за сильного взаимодействия между общими генами и условиями окружающей среды, в которой эти гены экспрессируются. Известно, что окружение индивида (включая и пренатальное) оказывает мощное воздействие, определяя, в случае шизофрении, конечный результат (Moldin & Gottesman, 1997). Таким образом, свидетельства наличия общего семейного признака, хотя и убедительные,

остаются неполными в связи с тем, что очень трудно понять, где заканчивается генетическое влияние и начинается воздействие окружающей среды.

Возможно, хотя и маловероятно, что экспрессия (активность) участвующих в этих процессах генов может иметь большое значение благодаря тому, что они контролируют окружающую среду, в которой находятся индивиды (Kraemer, 1997; Phelphs, Davis & Schartz, 1997; Rutter, 1997; Saudano, 1997). Например, наследование такой черты характера, как *интроверсия,* в некоторой степени определит реакцию социального окружения на человека, обладающего этой чертой. Застенчивый человек может стараться быть незаметным, социально неактивным из-за отсутствия опыта и социальной тревожности. Когда социальное окружение оказывает определенное влияние на развитие заболевания, например депрессии или параноидальной подозрительности, то будет, в лучшем случае, заблуждением пытаться объяснить причину возникновения такого нарушения наследственными факторами. В этом случае более прямой и непосредственной причиной может быть пагубная реакция окружающей среды.

В процессе исследования проблемы наследственной предрасположенности к шизофрении необходимо: 1) идентифицировать точный механизм, с помощью которого биохимические продукты гена (и только они) изменяют вероятность превращения в шизофреника, и/или 2) изолировать и идентифицировать отдельный ген или гены, которые участвуют в этом процессе. К сожалению, несмотря на поразительный прогресс, наблюдающийся на протяжении последних лет в генетических исследованиях, ни одна из этих задач в настоящее время не кажется выполнимой. Несмотря на то что некоторые исследователи продолжают придерживаться взгляда, согласно которому генетическое влияние на шизофрению ограничивается



Рис. 12.2. Риск развития шизофрении на протяжении жизни как функция близости кровного родства

Адаптировано по: *Gottesman, 1991.* Отличающиеся друг от друга оценки риска получены в результате анализа большого объема данных о родственниках первой степени пробандов-шизофреников (Kendler & Diehl, 1993). Подобные расхождения достаточно обычны для таких исследований родословных и отражают различия в подходе, а также субъективность оценки наблюдателей. Здесь отсутствуют данные о близнецах, представленные на рис. 12.3.

одним или всего лишь несколькими генами, факты уверенно говорят о его *полигенной* природе. Современные ученые делают основной упор на представлении о множественности генов, взаимодействие которых может привести к повышенному генетическому риску шизофрении (Gottesman, 1991; Kendler & Diehl, 1993; Moldin & Gottesman, 1997). В случае правильности данного предположения, выявление участвующих в этом процессе генов окажется трудной задачей. Подтверждением этого служат недавние попытки идентифицировать общие для шизофрении гены (Levinson et al., 1998).

Студентам будет полезно помнить о существующей неопределенности в решении данной проблемы, когда мы перейдем к рассмотрению данных о шизофрении у близнецов и приемных детей.

Исследования близнецов

Общая стратегия исследования близнецов обсуждалась в главе 3 и более подробно, в связи с расстройствами поведения и тревожности, в главах 5 и 6. Как и в случае с расстройствами поведения, показатель совпадения для шизофрении у идентичных близнецов соответствует правилам и, согласно результатам многочисленных работ, значительно выше, чем у разнояйцевых близнецов или сиблингов. Самый известный случай совпадения для шизофрении у идентичных близнецов — четыре сестры Генейн, рассмотренные в справке 12.1.

Итак, мы имеем здесь четверых генетически идентичных женщин, которые страдали от шизофренических расстройств. Однако эти расстройства различались по степени тяжести, продолжительности и конечному результату. Не вызывает сомнения тот факт, что эти различия следует приписать влиянию окружающей среды. Здесь следует учитывать и влияние во время пренатального периода, которое предположительно внесло свой вклад в умеренные различия, обнаруженные при рождении. Ясно, что Хестер подвергалась, возможно, максимальному биологическому риску и поскольку на ее долю пришлось меньше всего родительской любви, столкнулась с самыми жесткими условиями окружающей среды. Сразу за ней шла Ирис. Для обеих женщин исход заболевания оказался достаточно печальным. У Миры была самая благоприятная юность; она меньше всего подвергалась нежелательному вниманию со стороны родителей, отчасти благодаря демонстрации большей независимости и твердости, чем ее сестры. Среди девочек самым независимым характером обладала Нора. Однако ей не повезло: она стала объектом кровосмесительного «расположения» своего отца. Последние исследования выявили у Норы повреждения центральной нервной системы (наблюдался дисбаланс уровня метаболизма в различных участках мозга), сравнимые с повреждениями у Хестер. Хотя Нора не чувствует себя так же хорошо, как Мира, по функционированию она явно превосходит остальных сестер. Здесь мы отчетливо прослеживаем влияние факторов окружающей среды при определении судьбы человека, даже в случае шизофрении.

Несмотря на то что распространенность шизофрении среди близнецов не выше, чем среди общей популяции, все больше исследований говорит о более высокой конкордантности шизофрении среди идентичных (монозиготных — МЗ) близнецов по сравнению с остальными группами населения, в том числе и разнояйцевыми (дизиготными — ДЗ) близнецами. В зависимости от множества факторов, степень этого различия существенно варьирует в разных работах.

Торри и его коллеги (Torrey et al., 1994) опубликовали обзор мировой литературы, посвященной проблеме шизофрении у близнецов. Результаты их работы суммированы на рис. 12.3. Общие уровни конкордантности между парами — 28% у МЗ и 6% у ДЗ; можно сделать вывод, что уменьшение доли общих генов со 100% до 50% снижает риск заболевания шизофренией примерно на 80%. Кроме того, 50% общих с пробандом-шизофреником генов связаны с риском заболевания шизофренией в течение жизни, равным 6%. Несмотря на то что данный показатель невелик с точки зрения абсолютных величин, он значительно превышает уровень риска в общей популяции.

В случае если шизофрения носит исключительно наследственный характер, уровень конкордантности для однояйцевых близнецов должен составлять100%. Однако, фактически, мы наблюдаем дискордантных пар больше, чем конкордантных. С другой стороны, наблюдаются и случаи сильно выраженной конкордантности; исследования близнецов показывают, что предрасположенность к заболеванию связана с генетическими переменными. Как уже отмечалось, интерпретация этих открытий не может быть столь прямолинейной, как, возможно, хотелось бы.

Хорошим примером ошибочной интерпретации служат исследования идентичных близнецов, где не выявлена конкордантность по шизофрении. Существует определенное количество близнецов, среди которых признаки, удовлетворяющие диагнозу шизофрении, выявляются лишь у одного. Подобные случаи, учитывая то, что генетические параметры остаются постоянными, дают нам потенциальную возможность обнаружить постнатальные факторы развития, оказывающие решающее действие на возникновение шизофрении. К сожалению, этот идеал очень трудно и, может быть, даже невозможно, реализовать. Как указывали Торри с коллегами (Torrey et al., 1994), мы можем быть уверены в том, что идентичные близнецы на самом деле биологически идентичны только в момент изначального расщепления зиготы. Как показывают последние исследования, начиная с этого момента на развитие эмбрионов может воздействовать бесчисленное количество факторов. Среди них: изменения хромосом и генные мутации, различия в кровообращении и снабжении кислородом, разная реакция на инфекцию, лекарства и химические вещества, врожденные аномалии мозга.

При наличии этих потенциально разделяющих условий, МЗ с большей вероятностью реагируют на них одинаково, чем ДЗ. Как показали недавние исследования (Phelps, Davis & Schwartz, 1997), примерно две трети однояйцевых близнецов — «монохорионические», то есть у них — общее кровоснабжение. В случае разнояйцевых близнецов, общее кровоснабжение не наблюдается никогда. Более высокий уровень конкордантности для шизофрении у МЗ, по сравнению с ДЗ, в некоторой степени может быть следствием более высокого уровня одних и тех же патогенных факторов, *за исключением «испорченных» генов*. Примером влияния такого рода факторов может быть неправильное снабжение кровью организмом матери, которое повлияло бы на эмбрионы МЗ сильнее, чем на ДЗ. Еще одна возможность заключается в том, что общие гены порождают общие аномальные условия, например, замедленную координацию движений, которая позднее может неблагоприятно повлиять на развитие близнецов в сходном или различном направлении.

Самое детальное и тщательное исследование случаев дискордантной шизофрении у однояйцевых близнецов принадлежит Торри с соавторами (Torrey et al.,

1994). В работе было изучено 27 пар МЗ близнецов, не совпадающих по диагнозу шизофрении. Были выявлены следующие главные статистически достоверные различия, отделяющие близнеца-шизофреника от близнеца из той же пары, *не болеющего шизофренией*.

- Примерно 30% дискордантных *пораженных* близнецов, согласно описаниям, с раннего детства имели отклонения (например, были застенчивыми и отстраненными, агрессивными или странными). Многие из этих различий были обусловлены, предположительно, ранней дисфункцией центральной нервной системы.
- Дискордантные пораженные близнецы демонстрировали обширные изменения структуры головного мозга, в частности билатеральное уменьшение размеров гиппокампа и миндалевидного тела. Однако изменения в структуре мозга не коррелировали с клиническими аспектами расстройства, указывая

СПРАВКА 12.1

Четыре сестры Генейн

В начале 1930-х годов у мистера и миссис Генри Генейн родились 4 девочки, ставшие плодом брака, к которому мистер Генейн угрозами склонил свою будущую жену. Она долго сопротивлялась и согласилась на этот брак только под страхом смерти. Несмотря на недостаточный вес при рождении (Нора весила 4 фунта 8 унций, Хестер – 3 фунта, а Ирис и Мира весили около 4 фунтов), девочки выглядели абсолютно нормальными младенцами, хотя и несколько недоношенными. На Хестер пришлось надеть грыжевой бандаж (специальное сдавливающее живот приспособление) из-за грыжи, но тем не менее ее выписали из больницы вместе с сестрами через 6 недель после рождения. Этим четырем генетически идентичным девочкам было суждено стать шизофреничками до достижения 25-летнего возраста, причем вероятность такого исхода составляла один шанс на 1,5 млрд рождений. То, что мы знаем об этой семье, является результатом интенсивного и длительного исследования, проведенного сотрудниками Национального института психического здоровья (*NIMH*) (Rosenthal, 1963). Данное исследование помогает нам приблизиться к пониманию взаимодействий, существующих при шизофрении.

Несмотря на генетическую идентичность и физическое сходство, с девочками обращались так, как будто они были двумя парами близнецов: первосортной и талантливой парой – Норы и Миры, и второсортной и проблематичной – Ирис и Хестер. Хестер («поскребыша») с самого раннего возраста считали слишком сексуальной. Возможно, вследствие раздражения, вызванного бандажом, Хестер начала регулярно мастурбировать в возрасте 3 лет и продолжала заниматься этим долгие годы, приводя в уныние своих родителей. Подчиняясь родительским установкам, девочки на самом деле разбились на пары во всем, что касалось взаимной поддержки и дружбы, однако при наличии внешней угрозы они превращались в настоящую четверку. Подобные угрозы возникали часто, поскольку девочки были



на то, что поведенческие реакции шизофрении определяются не аберрантной структурой мозга *per se*.

- Дискордантные пораженные близнецы демонстрировали выраженные изменения функционирования мозга, которые оценивали по мозговому кровотоку, нейропсихологическим тестам, неврологическому исследованию и исследованию движения глаз. Уменьшение кровотока в лобных долях (*hypofrontality* — гипофронтальность) была особенно сильно выражена и связана с уменьшением размера переднего гиппокампа. Нейропсихологические тесты выявили умеренные или сильные когнитивные поражения у 14 из 27 пораженных близнецов. Близнецы-нешизофреники в дискордантных парах имели меньшие неврологические нарушения, чем их сиблинги, страдающие расстройством. Однако у них тем не менее наблюдались более сильные повреждения, чем у контрольной группы однояйцевых близнецов, где оба члена пары считались психиатрически здоровыми.

знаменитостями, что вело к их социальной изоляции. Изоляцию поощряли и родители, которые сами испытывали беспокойство по поводу «внешнего мира».

Работа мистера Генейна была не слишком сложной, и большую часть времени он проводил пьянствуя и высказывая семье свои страхи и требования. Самые сильные страхи касались возможного ограбления, поэтому он регулярно обходил дом с оружием в руках. Когда девочки подросли и стали девушками, их отец начал бояться, что у них будут проблемы с сексом или что их изнасилуют, несмотря на то что он тщательно следил за ними. Он ограничивал дочерей во всем и строго надзирал за ними вплоть до начала болезни. С самого раннего возраста и впоследствии, когда девочки подросли, мистер Генейн настаивал на том, чтобы они раздевались и одевались в его присутствии. Он даже настаивал на том, чтобы следить за тем, как они меняют гигиенические прокладки во время менструаций. Сам он был склонен к крайне беспорядочным сексуальным связям и, по сообщениям, сексуально посягал, по крайней мере, на двоих своих дочерей.

Чрезмерная озабоченность мистера Генейна сексуальными проблемами дополнялась неадекватной реакцией в этих вопросах его жены. Миссис Генейн ухитрялась увидеть сексуальность и сексуальные угрозы в самых невинных обстоятельствах и тем не менее умудрялась не замечать реальной сексуальной активности, происходящей в доме. Когда девочки жаловались на сексуальные притязания отца, она объясняла, что мистер Генейн всего лишь проверяет их добродетельность; если они откажутся от его авансов, то все будет в порядке. Больше всего ее беспокоила Хестер, постоянно занимавшаяся мастурбацией; беспокойство возросло еще больше, когда она обнаружила, что Хестер в 12-летнем возрасте приучила Ирис к занятиям взаимной мастурбацией, которая той очень понравилась. Явно не способные как-то решить эту дилемму, родители (по весьма сомнительному совету врача) заставили двух девочек пойти на операцию по удалению клитора, однако даже эта жестокая мера не смогла изменить их поведение. У Хестер первый шизофренический приступ случился, когда она еще училась в старших классах, в возрасте 18 лет. Затем последовала Нора, у которой ухудшение произошло в возрасте 20 лет. Ирис «просто развалилась на куски» в возрасте 22 лет. Мира всегда старалась максимально не зависеть от родителей. Она не демонстрировала признаков шизофрении до 24 лет. Возможно, в случае Норы, Ирис и Миры имеет значение тот факт, что расстройство началось вскоре после того, как мужчины сделали им «нескромные предложе-

- При сравнении шизофреников из дискордантных и конкордантных пар не удалось обнаружить достоверных различий в клинических или *потенциально этиологических параметрах.*

Эти результаты, казалось бы, устраняют сомнения по поводу того, что генетически идентичные индивиды могут проявлять широкие биологические различия, в частности, в неврологической интеграции, которая связана с относительным риском развития шизофрении. Все же необходимо отметить, что ни один из этих феноменов не позволяет предсказывать результат в каждом конкретном случае. Кроме того, в нескольких случаях наблюдалось поразительное расхождение данных: например, здоровый близнец имел более серьезные биологические повреждения, чем его близнец-шизофреник. Как признают сами авторы, результаты данного исследования, хотя и интригующие, не могут дать ясного ответа на вопросы относительно основного источника (или источников) подверженности заболеванию ши-

ния» в весьма настойчивой форме. Первоначальная клиническая картина, демонстрируемая этими молодыми женщинами, была достаточно сходной во многих аспектах: наблюдались недифференцированные и изменяющиеся признаки и обилие «позитивных».

Несмотря на сходство ранней клинической картины, течение расстройства и его исход у сестер сильно варьировал, и, в какой-то степени, эти различия можно было предсказать, исходя из наблюдений на ранних этапах заболевания. К моменту выхода статьи Розенталя, появившейся в 1963 году, Мира постоянно работала, была замужем и чувствовала себя хорошо. Нора вела маргинальную жизнь вне госпиталя. Ирис переходила от периодов тяжелого расстройства к периодам относительного просветления, в течение которых она могла проводить некоторое время за стенами больницы. Хестер постоянно находилась в госпитале в состоянии тяжелого психоза. Ее случай врачи считали «безнадежным».

Именно благодаря научному усердию персонала *NIMH* и Дэвиду Розенталю, который сохранил человеческий и научный интерес к несчастной семье, мы можем познакомиться с последующими научными материалами, вышедшими в свет примерно через 20 лет после оригинальной работы (DeLisi et al., 1984; Mirsky et al., 1984; Sargent et al., 1982a). В целом, относительная адаптация сестер, уже достигших своего 50-летия, в 1982 году оставалась такой же, как и в 1960-х годах. Мира продолжала чувствовать себя хорошо и родила за это время двоих детей. Остальные три женщины жили в доме вместе с матерью, причем уровень функционирования Норы был выше, чем у Ирис и Хестер. Все сестры постоянно принимали лекарства и даже находящаяся под постоянным надзором Хестер, по-видимому, сумела в какой-то степени преодолеть первичный, мало оптимистичный прогноз.

Интересно, что благодаря появившимся современным методам неврологических исследований, у Норы были обнаружены повреждения центральной нервной системы, аналогичные повреждениям Хестер. Однако ее результаты намного лучше, чем у Хестер и даже Ирис. Возможно, изначальное объединение Ирис с Хестер было неблагоприятным для нее (по крайней мере, в том узком смысле, который подразумевается в данном контексте). Такое объединение оказало деструктивное влияние на развитие Ирис. В любом случае, мы видим, что эти близнецы, несмотря на идентичную наследственность, демонстрируют довольно широкий спектр возможных исходов заболевания шизофренией.

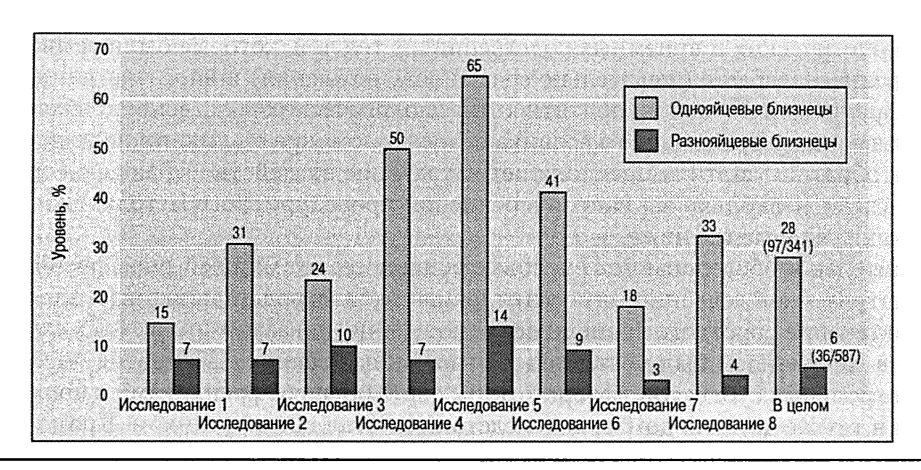


Рис. 12.3. Уровень конкордантности по шизофрении в парах близнецов
Данные восьми методологически адекватных исследований (адаптировано, по *Torrey et al.*, 1994, р. 11)

зофренией. Они лишь считают несомненным, что сильные врожденные неврологические аномалии нередко играют определенную роль в возникновении шизофрении.

Возвращаясь к специфической проблеме генетических воздействий, следует отметить новаторские работы М. Фишер (Fischer, 1971, 1973), в которых была использована более четкая исследовательская стратегия в отношении дискордантных близнецов. Исследовательница предположила, что генетическое влияние, если оно присутствует, должно проявиться в *потомстве нешизофренических* близнецов в дискордантных парах. М. Фишер обнаружила материалы, подтверждающие ее гипотезу, в официальных архивах Дании. Готтесман и Бертельсон (Gottesman & Bertelson, 1989), продолжив исследование близнецов, изучаемых Фишер, сообщили, что уровень распространенности шизофрении с учетом возрастной коррекции (уровень, принимающий во внимание предсказанное ухудшение у лиц, еще не достигших возраста риска) составил 17,4% для детей однояйцевых близнецов-нешизофреников. Этот уровень, намного превышающий нормальные ожидания, не имел достоверных отличий от уровня, фиксированного у потомков близнецов-шизофреников из дискордантных пар или разнояйцевых близнецов-шизофреников. Исходя из предположения о том, что контакты с тетями и дядями, страдающими шизофренией, должны иметь ограниченное этиологическое значение, эти результаты дают убедительное подтверждение генетической гипотезе. Кроме того, как отмечают сами авторы, данные результаты указывают на то, что предрасположенность может сохраняться в «неэкспрессированной» форме (как у близнецов-нешизофреников из дискордантных пар) до тех пор, ее не «высвободят» неизвестные пока факторы окружающей среды.

Исследование усыновления

Было предпринято несколько исследований с целью преодоления недостатков близнецового метода и более четкого разделения влияния наследственности и окружающей среды, в процессе которых использовались так называемые стратегии усыновления. В этом случае уровни конкордантности для шизофрении сравнивают

для биологических и приемных родственников тех лиц, которые были усыновлены в раннем возрасте (желательно сразу после рождения) и впоследствии стали шизофрениками. Если конкордантность у биологических родственников пациентов выше, чем у приемных, то возникает предположение о влиянии наследственности; обратная картина предполагает каузальное воздействие факторов среды. Существует несколько вариантов в основной процедуре этого метода, описание которых предлагается ниже.

Длительное обследование 47 человек, родившихся от матерей-шизофреничек в психиатрической лечебнице штата и отданных в семьи родственников или детские дома в течение короткого времени после рождения, показало, что в 16,6% случаев у них в дальнейшем был поставлен диагноз «шизофрения». Напротив, никто из 50 контрольных субъектов, матери которых не были шизофреничками и проживающих в тех же детских домах, впоследствии не стал шизофреником. Кроме того, что у детей матерей-шизофреничек существует более высокая вероятность постановки подобного диагноза, у них отмечается и более высокая вероятность диагностирования таких нарушений, как умственная отсталость, невроз и психопатия (асоциальность). Они также гораздо чаще бывают связаны с криминальной средой, проводят больше времени в местах лишения свободы (Heston, 1966). Обнаруженные факты позволяют предположить, что любая генетическая предрасположенность, унаследованная от матерей, не специфична для шизофрении и охватывает все формы психопатологии.

Исследования усыновления с привлечением большого числа испытуемых были проведены американскими исследователями в Дании, работавшими в сотрудничестве с датскими специалистами (Kendler & Gruenberg, 1984; Kendler, Gruenberg & Kinney, 1994a; Kety, 1987; Kety et al., 1968, 1978, 1994; Rosenthal et al., 1968; Wender et al., 1974). Проводилось изучение выборки приемных детей в датских семьях, страдающих шизофренией, их биологических и приемных родственников (наряду с соответствующим контролем). В результате исследования была выявлена предрасположенность биологических родственников приемных детей-шизофреников к шизофрении и спектру «шизофренических проблем» (который включает шизотипические и параноидные личностные расстройства). Напротив, приемные родственники этих детей демонстрировали незначительный показатель распространенности шизофрении.

Исследования приемных детей в Дании не включали независимую оценку особенностей воспитания детей в приемных семьях, куда были помещены «выявленные» (ставшие шизофрениками) и контрольные (не ставшие ими) дети. Далее, в работах П. Тьенари с соавторами (Tienari et al., 1985, 1987; Tienari, 1991, 1994) был учтен этот важный аспект проблемы. Их исследование, продолжающееся до сих пор, включает в себя длительное обследование приемных детей, рожденных от всех женщин в Финляндии, госпитализированных по поводу шизофрении, начиная с 1960 года. При достижении такими детьми состояния взрослости их сравнивают с контрольными приемными детьми, чьи биологические матери были нормальными. Тенденция, проявляющаяся в этих результатах, уже ясна и достигает высокого уровня статистической достоверности. Это уже знакомый нам результат, согласно которому «выявленные» (индексные) приемные дети, по сравнению с контроль-

ными, демонстрируют все более и более серьезные проявления психопатологии, включая шизофрению. Однако большинство этих нарушений наблюдается в «выявленной» группе, воспитанной приемными родителями, плохо выполняющими свои обязанности, например родителями с высоким уровнем коммуникативной девиантности (см. ниже). «Выявленные» (индексные) приемные дети, воспитанные хорошо функционирующими приемными родителями, имели гораздо меньше нарушений. В то же время дети из контрольной группы, воспитанные в дезорганизованных приемных семьях, страдали от более серьезных расстройств во взрослом состоянии по сравнению с детьми из «здоровых» семей.

Результаты данного исследования подтверждают выводы предыдущей работы и демонстрируют умеренное генетическое влияние — различный уровень «здоровья» и расстройств у «выявленных» (индексных) приемных детей по сравнению с контрольными, безотносительно к контексту приемной семьи. Тем не менее неправильное воспитание, нарушение коммуникативных связей в семье оказывают существенное воздействие как на «выявленную» (индексную), так и на контрольную группы. Более того, результаты указывают на сильное взаимодействие между генетической уязвимостью и неблагоприятным семейным окружением как на причины, ведущие к заболеванию шизофренией. К сожалению, мы не можем быть уверены в том, что странному или психотическому поведению приемных детей не предшествовала (и не послужила причиной, полностью или частично) дезорганизация их приемных семей. Данное предположение анализируется различными исследователями (например, Wahlberg et al., 1997), но до настоящего времени это альтернативное объяснение не находит подтверждений. Работы Кинни и его коллег (Kinney et al., 1997) также не смогли продемонстрировать ухудшение психического здоровья у приемных родителей детей, ставших впоследствии шизофрениками. Принимая во внимание все вышеизложенное, Финское исследование усыновления (название, которое получил этот проект) дало убедительные доказательства применимости модели диатеза-стресса к возникновению шизофрении.

Исследование детей из группы риска

Ожидаемая исследовательская стратегия долгосрочного мониторинга детей, принадлежащих к группе повышенного риска в отношении заболевания шизофренией (в связи с рождением от родителей-шизофреников), должна идентифицировать факторы окружающей среды, которые вызывают заболевание (или противодействуют ему) у предрасположенных к нему людей. Как мы увидели в главе 1, эта стратегия, впервые разработанная С. А. Медником и Ф. Шульсингером (Mednick & Schulsinger, 1968) и дополненная многочисленными исследованиями (Cornblatt et al., 1992; Erlenmeyer-Kimling & Cornblatt, 1992; Garmezy, 1978a, 1978b; Neale & Oltmanns, 1980; Rider, 1979; Watt et al., 1984), не позволяет в полной мере выявить такие специфические факторы. Тем не менее констатируя данный факт, мы должны признать как чрезвычайную сложность долговременных и трудоемких проектов такого рода, так и наше восхищение исследователями, изучающими эту проблему.

Существующие результаты изучения повышенного риска достаточно трудно поддаются интерпретации. И все же они подтверждают предположение о том, что наличие родителя-шизофреника является предпосылкой развития психологиче-

ских нарушений, в том числе и шизофрении (например, Erlenmeyer-Kimling & Cornblatt, 1997). Вероятно, что возможность предсказания возникновения подобных нарушений отчасти проистекает из генетической подверженности шизофрении. Однако, как и в случае уже упоминавшегося исследования дискордантных близнецов (Torrey et al., 1994), многие работы указывают на существование тонких неврологических нарушений у детей, которые впоследствии становятся шизофрениками. Можно предположить, что шизофрения у матери некоторым образом взаимодействует с поддержанием здоровой окружающей среды во время беременности и порождает отмеченный эффект у ребенка (например, Jones et al., 1998).

Итак, существует еще много вопросов о генетической предрасположенности к шизофрении. Мы убеждены, что генетическое влияние делает некоторых индивидов аномально уязвимыми по отношению к шизофрении. Результаты исследований позволяют предположить, что самого по себе генетического вклада в этиологию шизофрении недостаточно для ее возникновения. Более того, у нас нет оснований для вывода о том, что подобный вклад служит необходимым условием для развития шизофрении. Действительно, большинство шизофреников не имеет близких родственников, у которых были зарегистрированы расстройства. Однако, как мы увидим несколько позже, некоторые из этих здоровых родственников могут обладать биологическими аномалиями, статистически связанными с диагнозом «шизофрения». Согласно исследованиям, совокупный средний риск заболевания шизофренией для родственников «выявленных» (индексных) индивидов 1-й степени (имеющих 50% общих генов) составляет 4,8%, примерно в 9 раз выше, чем для нормальных контрольных индивидов (Kendle & Diehl, 1993).

Биохимические факторы

Идея о том, что серьезные психические нарушения проистекают в связи с «химическим дисбалансом» в головном мозге, в настоящее время является общепринятой. Однако для того чтобы это положение могло оказать помощь клиницистам и исследователям, его необходимо переформулировать в максимально четкие и специфичные гипотезы. Мы не можем плодотворно решать общую проблему возможного биохимического вклада в начало и поддержание шизофренического поведения при отсутствии ключа, который подсказал бы нам, куда смотреть и что искать. Здесь, как и в случае тяжелых расстройств поведения, необходимо определить природу воздействия на центральную нервную систему препаратов, уменьшающих поведенческое проявление данного нарушения. В целом, было обнаружено, что эти лекарства изменяют (усиливают и уменьшают) вероятность того, что нервный импульс, дошедший до синапса, пересечет его и возбудит следующий нейрон в цепи.

При исследовании шизофрении наиболее продуктивной оказалась гипотеза о дофаминах (Meltzer & Stahl, 1976), основанная на наблюдении, что все первые противошизофренические препараты (называемые нейролептиками) обладали общим свойством блокировать дофаминовую нейромедиацию. Дофамин представляет собой катехоламиновый медиатор, сходный с норадреналином, химическим предшественником которого он и является. По-видимому, это главный нейромедиатор для шести идентифицированных проводящих путей головного мозга. Согласно дофаминовой гипотезе, шизофрения представляет собой результат повы-

шенной активности дофамина в определенных синаптических зонах. Предполагается, что шизофреники имеют чрезмерное количество постсинаптических дофаминовых рецепторов или что эти рецепторы по какой-то причине становятся гиперчувствительными. Однако в последнее время дофаминовую гипотезу считают слишком упрощенной и не отвечающей общей картине этиологии заболевания (Carlsson, 1998; Csernansky & Grace, 1998; Grace & Moore, 1998; Koreen et al., 1994; Lieberman & Koreen, 1993).

Например, дофамин-блокирующие препараты оказывают неспецифический терапевтический эффект при шизофрении (они также эффективны для лечения психотических симптомов, связанных с другими нарушениями, например нейропсихологическими расстройствами, некоторыми маниями и даже наркотическими «путешествиями»). Кроме того, эффект блокировки рецепторов заканчивается слишком быстро (в течение нескольких часов), чтобы согласовываться с клинической картиной постепенного улучшения (часто на протяжении нескольких недель), которое следует за началом лекарственной терапии нейролептиками при шизофрении. Другими словами, если бы чрезмерная дофаминовая активность служила причиной шизофрении, данные препараты немедленно вызывали бы облегчение, чего на самом деле обычно не происходит. Более того, их терапевтическое действие зависит не столько от прекращения избыточной дофаминэргической активности, сколько от снижения ее до *аномально* низкого уровня, который зачастую также может вызвать серьезные проблемы (например, позднюю дискинезию; см. главу 16).

Недавние исследования показали, что дофаминэргические системы мозга гораздо сложнее, чем считалось ранее. Например, сейчас нам известно, что существует несколько типов «семейств» дофаминовых рецепторов на дендритах постсинаптических нейронов (названных D_2, D_4), они участвуют в различных биохимических процессах. При этом разные антипсихотические препараты оказывают на них различное воздействие. Такие «нетипичные» антипсихотические средства, или препараты второго поколения, как хлозарил (хлозапин), зипрекс (оланзаприн) и рисперидал (рисперидон), вызывают побочные эффекты, значительно отличающиеся (и, как правило, намного легче) от воздействия нейролептиков первого поколения. Это указывает на то, что способ их антипсихотического действия существенно отличается от действия таких «типичных» препаратов, как торазин (хлорпромазин) и халдол (галоперидол) (см. главу 16). Однако из этого не следует, что их действие обязательно должно идти, минуя дофаминовые проводящие пути головного мозга, участие которых в развитии шизофрении не вызывает сомнения (O'Donnel & Grace, 1998). В настоящее время, к сожалению, мы не представляем механизм этого процесса.

Существуют различные биохимические теории шизофрении и, несомненно, появятся новые. В то же время на протяжении последних 30 лет никакая другая теория не кажется столь перспективной, как дофаминовая (Lieberman & Koreen, 1993). Итак, и сегодня связь биохимии мозга с развитием шизофрении остается недостаточно ясной. По-видимому, четкое понимание биохимии этих нарушений заставит обратить внимание на то, каким образом другие воздействия, например аберрации нервных цепей, могут взаимодействовать с биохимическими аномалиями, сопровождающими шизофреническое поведение (Csernansky & Grace, 1998).

Нейрофизиологические факторы

В последнее время многие исследователи сосредоточили свое внимание на роли таких нейрофизиологических аномалий при шизофрении, как дисбаланс разнообразных нейрофизиологических процессов (например, участвующих в контролирующем процессе за движениями глаз, см. ниже) и нарушения активации автономной нервной системы. Такие физиологические нарушения должны снижать способности человека к переработке информации и внимание. Все больше ученых придерживаются точки зрения, что подобные нарушения лежат в основе поврежденных когнитивных и перцептивных процессов при шизофрении. Н. Андреасен, С. Парадизо и Д. С. О'Лири (Andreasen, Paradiso & O'Leary, 1998) считают этот феномен проявлением «когнитивной дисметрии», «слабой психической координации», которая приводит к «трудностям при определении приоритета информации, ее переработке, координировании и реагировании на полученную информацию» (p. 203).

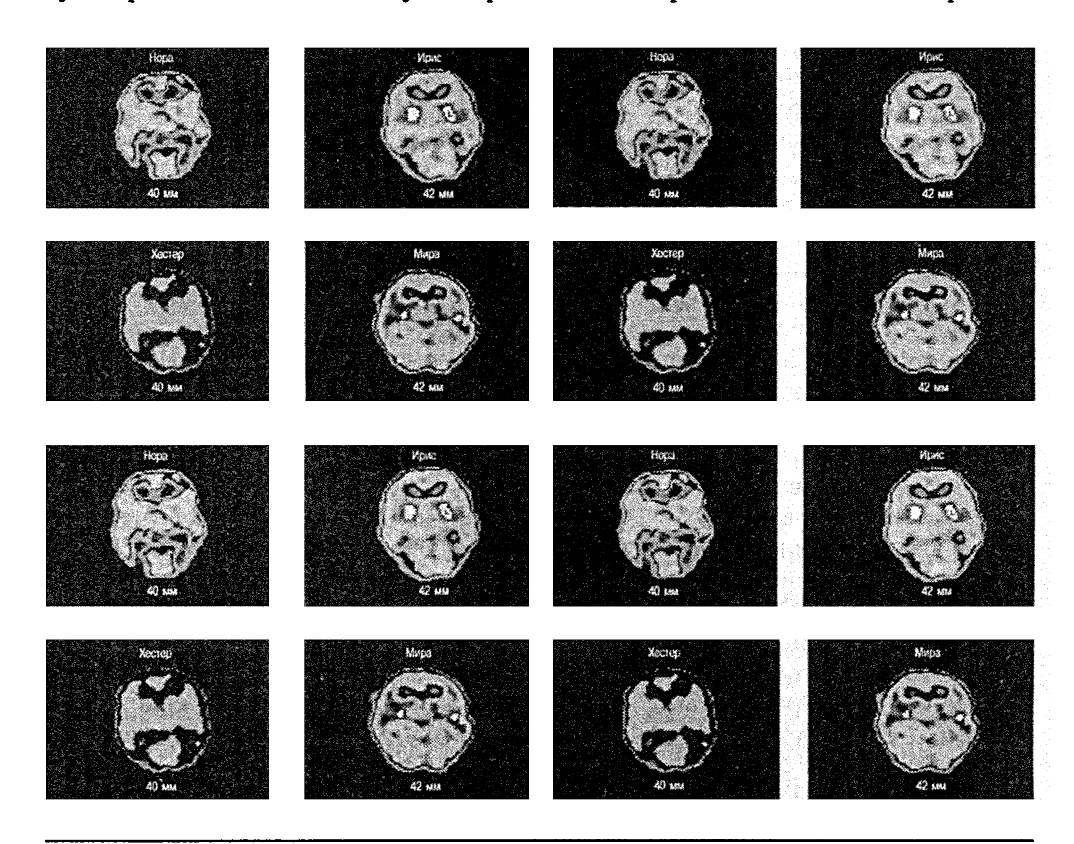
Одним из аспектов такой «дисметрии» является обнаружение специфических трудностей в организации внимания при шизофрении. Было установлено, что у значительной доли шизофреников нарушена способность визуального слежения за движущейся целью, навык, относящийся к движениям глаз при спокойном слежении (Holzman et al., 1988, 1998; Levy et al., 1983, 1993; Lieberman et al., 1993a). Иногда такой дефект объясняется нарушением непроизвольного внимания, которое, возможно, связано с нарушением способности определения скорости движущихся визуальных стимулов. К сожалению, потенциальное значение данного факта скрыто от исследователей, поскольку различение таких скоростей чрезвычайно сложно организовано, оно включает в себя участие многочисленных разнесенных в пространстве мозговых процессов (Holzman et al., 1998). Существует множество доказательств того, что близкие родственники шизофреников часто обладают таким же дефектом визуального слежения (см., например, Clementz et al., 1992; Iacono et al., 1992; Kuechenmeister et al., 1977; Levy et al., 1994). При этом данный дефект наблюдается у значительно большего числа родственников по сравнению с тем, кому был поставлен диагноз «шизофрения» (Levy et al., 1993). Это позволяет сделать предположение о наследственном источнике подобных затруднений и одновременно исключить наличие специфического индикатора этого расстройства; данный вывод подтвердило последнее исследование Кифи с коллегами (Keefe et al., 1997). Как показано далее, множество других фактов заставляет предположить наличие широко распространенных нейрофизиологических факторов риска заболевания шизофренией, факторов, которые отнюдь не обязательно заканчиваются развитием самого заболевания.

Существуют данные, указывающие на то, что люди, находящиеся в группе повышенного риска развития шизофрении в силу тех или иных причин, например, наследственности, часто испытывают проблемы поддержания внимания, переработки информации и с другими когнитивными функциями до начала возникновения заболевания (Cornblatt & Keilp, 1994; Dworkin et al., 1993; Finkelstein et al., 1997; Fish et al., 1992; Green, Nuechterlein & Breitmeyer, 1997; Kinney et al., 1997; Kwapil et al., 1997; Marcus et al., 1985, 1993; Roitman et al., 1997).

Возможно, что к нарушению внимания при шизофрении имеют отношение и определенные аномалии, которые выявляются у больных шизофренией при элек-

троэнцефалографических реакциях на кратковременную сенсорную стимуляцию (Friedman & Squires-Wheeler, 1994; Pritchard, 1986). Данная аномальная реакция мозга на стимуляцию наблюдается у индивидов, подверженных повышенному риску заболевания (Stelmack, Houlihan & McGarry-Roberts, 1993). Было также установлено, что такие неврологические аномалии, как рефлекторная гиперактивность, низкие результаты выполнения нейропсихологических тестов (см. главу 15) встречаются и у непсихотических близких родственников шизофреников (Ismail, Cantor-Graae & McNeil, 1998; Kinney, Woods & Yurgelun-Todd, 1986; Kremen et al., 1994; Torrey et al., 1994).

Необходимо отметить тот факт, что многие люди, которым был поставлен диагноз шизотипического личностного паттерна (см. главу 9), демонстрируют плохую перцептивно-двигательную координацию или различные аномалии времени



Сканирование с помощью позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) четырех сестер (однояйцевых близнецов) Генейн позволяет предположить наличие психосоциального влияния в связи с тем, что их разделили на две пары в раннем возрасте. Сканирование показывает относительно более серьезные повреждения мозга у Хестер и Норы, свидетельствует о пониженной активности головного мозга у этих девочек, так как у них наблюдается снижение уровня потребления глюкозы. Сканы Ирис и Миры позволяют предположить, что у них активность головного мозга ближе к норме. Однако именно Ирис, с самого начала объединенная в пару с Хестер, показала более неблагоприятный клинический исход, чем Нора или Мира (*DeLisi et al., 1984*).

реагирования. Это предположительно можно объяснить тонкими неврологическими повреждениями (Lenzenweger, 1994, 1998; Lenzenweger & Korfine, 1994; Rosenbaum, Shore & Chapin, 1988; Siever, 1985). Данный шизотипический паттерн считается одним из проявлений общего спектра шизофренических расстройств и ставит человека под угрозу развертывания синдрома во всей его полноте (Kwapil et al., 1997; Lenzenweger, 1994, 1998; Meehl, 1990a).

Литературные источники по данной проблеме, изданные в последние десятилетия, содержат описания огромного количества типов нарушения у шизофреников когнитивных процессов и внимания, зависящих, по-видимому, от осуществления интактных нейрофизиологических функций. Не связанные друг с другом описанные факты могут привести читателя в замешательство; до сих пор не существует четкой, удовлетворительной схемы, объединяющей воедино наше современное представление о шизофрении. В 1998 году авторитетный журнал *Schizophrenia Bulletin* (том 24, № 2, 1998) посвятил номер описанию целого спектра «патофизиологических моделей», призванных объединить и объяснить многие из фактов, рассмотренных в этом разделе. Несмотря на то что во многих случаях факты согласуются друг с другом, существуют серьезные расхождения в способах их интерпретации.

Нейроанатомические факторы

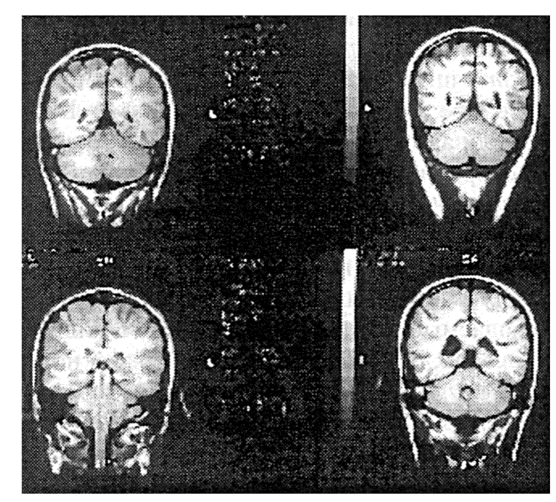
Аномальные нейрофизиологические процессы при шизофрении имеют генетическое происхождение, но, по крайней мере, некоторые из них могут быть результатом биологических отклонений, вызванных иными факторами, согласно данным о дискордантных однояйцевых близнецах, рассмотренных ранее. Проблемы такого рода иногда возникают вследствие неизвестных внутриутробных условий или механических затруднений в процессе рождения, равно как и в связи с дефектностью генов. Такие осложнения протекания беременности, а также преждевременные роды встречаются в истории болезни людей, которые позднее становятся шизофрениками, намного чаще стандартных ожиданий (Cannon et al., 1993; Gureje, Bamidele & Raji, 1994; Jones et al., 1998; Torrey et al., 1994). Однако вполне возможно, что возникающие ранние повреждения мозга приводят к шизофреническому исходу только у людей, генетически предрасположенных к этому (Mednick et al., 1998; Marcus et al., 1993). Подобные наблюдения привели к возрождению интереса к старому вопросу об интактности мозга шизофреников. Исследования структурных особенностей мозга у живых людей были малопродуктивными до развития современных компьютерных технологий, например аксиальной компьютерной томографии (КТ), позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) и ядерного магнитного резонанса (МРТ). Активное использование в последние годы данных методов при изучении головного мозга людей, страдающих шизофренией, способствовало получению интересных результатов.

Аномалии массы головного мозга. Огромное количество фактов сейчас указывает на то, что лишь при некоторых случаях шизофрении, в частности при хроническом течении заболевания с негативными симптомами, наблюдается аномальное увеличение желудочков мозга — полостей, лежащих глубоко внутри мозга. Эти полости заполнены спинномозговой жидкостью (Andreasen et al., 1986; Carpenter et al., 1993; Gur & Pearlson, 1993; Gur et al., 1994; Marsh et al., 1997; Pearlson et al., 1989; Raz, 1993; Stevens, 1997). Нередко встречаются сообщения и о других анома-

лиях, сопутствующих данному заболеванию, например увеличенных бороздах (щелях на поверхности коры головного мозга). Однако такие аномалии иногда находят у нормальных членов семьи шизофренического больного (Cannon & Marco, 1994; DeLisi et al., 1986b) и у детей из высокой группы риска, рожденных матерями-шизофреничками (Cannon et al., 1993, 1994). В последнем случае подобные аномалии сопровождаются низким весом младенца при рождении, а также повреждениями плода какими-то неизвестными агентами, возможно инфекционной природы (Lyon et al., 1989; Silverton et al., 1985).

Поскольку в норме мозг полностью занимает твердое вместилище черепа, увеличение желудочков подразумевает потерю массы мозговой ткани, возможно, своего рода атрофию или дегенерацию. Увеличение борозд приводит к таким же последствиям. Ряд фактов (например, Nestor et al., 1993) указывает также на уменьшение размера структур височной доли, однако они носят противоречивый характер (Dwork, 1997). Б. Богерц (Bogerts, 1993), на материале 50 посмертных исследований головного мозга шизофреников, пришел к выводу о том, что все эти факты в целом не согласуются с представлением о прогрессирующей дегенерации и гипотезой, согласно которой некие аномалии пренатального развития мозга проявляются как шизофрения (и уменьшение объема головного мозга) у молодых взрослых. С. Арнольд с коллегами (Arnold et al., 1998) представили данные, полученные при исследовании мозга выборки пожилых шизофреников, подтверждающие данный вывод. Более того, результаты выполнения нейропсихологических тестов (Heaton et al., 1994) и подробный обзор литературы (Cannon et al., 1998) позволяют сделать аналогичный вывод о статической, а не ухудшающейся аномалии.

Эти согласующиеся друг с другом данные имеют отношение к продолжающемуся спору о том, следует ли связывать предполагаемый анатомический субстрат шизофрении с нейро-дегенеративными процессами или процессами неврологического развития (Buchanan, Stevens & Carpenter, 1997; Csernansky & Bardgett, 1998). Необходимо отметить, что эти представления не являются взаимоисключающими. Выявление статических нарушений определенного типа отнюдь не исключает возможность дальнейших прогрессирующих изменений анатомии головного мозга. В приведенных выше примерах справедливыми могут оказаться либо оба предположения, либо одно из них. Тем не менее на уровне клинических наблюдений дифференциация подобных подгрупп практически не разработана (Buchanan & Carpenter, 1997; Stevens, 1997).



Сканы дискордантных однояйцевых близнецов, полученные методом МРТ. У близнеца-шизофреника (справа) желудочки головного мозга больше, чем у нормального близнеца (слева).

Концепция неврологического развития, приобретающая в последнее время все большее значение, обсуждается ниже.

Открытие определенных аномалий мозга, ассоциированных с некоторыми случаями заболевания шизофренией, имеет огромное потенциальное значение, по крайней мере, для определения ее типа. Как упоминалось выше, было высказано предположение о том, что некоторые из этих аномалий мозга могут быть результатом продолжительного или чрезмерного использования антипсихотических препаратов (Breggin, 1990; Cohen, 1997). Эта гипотеза получила частичное подтверждение в ходе недавно проведенного исследования при помощи метода МРТ (Gur et al., 1998). Однако изучение головного мозга шизофреников, никогда не принимавших нейролептических средств, показывает, что подобные аномалии характерны не только для пациентов, имеющих опыт приема лекарств в течение длительного времени или в чрезмерных дозах (например, Lieberman et al., 1993b; Saykin et al., 1994; Weinberger et al., 1982; Zipursky et al., 1998). Выявление аналогичных аномалий у нормальных членов семей, никогда не принимавших таких лекарств, также говорит в пользу вывода о том, что независимо от влияния, оказываемого данными препаратами на уменьшение массы мозга, они не обязательно становятся причиной его появления.

Локализация нарушений. В последние годы исследователи особое внимание уделяли вопросу о том, какие специфические структуры мозга участвуют в развитии симптомов, типичных для шизофрении. В обзоре, посвященном исследованиям влияния шизофрении на различные отделы головного мозга (Gur & Pearlson, 1993), был сделан вывод о том, что авторы предположительно выделяют 3 области. К ним относятся: лобная, височно-лимбическая (височные доли и прилежащие к ним внутренние структуры лимбической системы, например гиппокамп) и базальные ядра (подкорковые нервные центры, участвующие главным образом в интегрирующих процессах). В более поздних обзорах (Cannon et al., 1998; Weinberger, 1997) названы только две первые зоны. Однако практически все исследователи согласны с тем, что лишь немногие аномалии специфичны для шизофрении, поскольку часто наблюдаются (как правило, в менее выраженной форме) и при других условиях, например тяжелых расстройствах поведения.

В отношении фронтальных и префронтальных областей многие исследования показали аномально низкую активность лобной доли (называемую *гипофронтальность*) шизофреников при выполнении ими заданий, предусматривающих существенное участие этой зоны, например Висконсинского теста сортировки (*WCST*). Подобная гипофронтальность была отмечена только у близнеца-шизофреника в дискордантной паре однояйцевых близнецов (Berman et al., 1992), у пациентов, никогда не получавших медикаментозного лечения (Buchsbaum et al., 1992), и, особенно, у тех больных, негативные симптомы которых в сильной степени преобладали над позитивными (Andreasen et al., 1992; Wolkin et al., 1992). Тем не менее следует проявлять осторожность и помнить, что уровни гипофронтальности, наблюдаемые у шизофреников, часто лишь маргинально, хотя и статистически достоверно, отличаются от показателей нормальных субъектов. Кроме того, у этих двух групп полученные результаты во многом сходны (например, Buchsbaum et al., 1992). Считают, что дисфункция лобных долей особенно важна для развития *негативных* признаков и симптомов и, возможно, для когнитивных нарушений и нарушений внимания (Cannon et al., 1998; Goldman-Rakic & Selemon, 1997).

Существуют доказательства участия височно-лимбических структур в развитии шизофрении (Cannon, 1998; Bogerts, 1997; Haber & Fodge, 1997). Они менее согласуются друг с другом и носят более противоречивый характер, чем факты, касающиеся фронтальной зоны; здесь гораздо больше нерешенных и спорных проблем (Crow, 1997; Weinberger, 1997). Все больше исследователей соглашаются с тем, что данные центры, особенно в левом полушарии (которое у большинства людей доминирующее), играют особую роль в развитии *позитивных* признаков и симптомов (Bogerts, 1997; Cannon et al., 1998; Woodruff et al., 1997). Вывод об участии височно-лимбической зоны хорошо согласуется с типами аномального функционирования, зафиксированными при нейропсихологическом исследовании пациентов в период первого приступа шизофрении, которые ранее не принимали специфических лекарств (Saykin et al., 1994).

Проблемы неврологического развития

Опираясь на существующие в настоящее время данные, известный исследователь шизофрении Тимоти Кроу недавно задал вопрос, постоянно терзающий его коллег во всем мире: в чем заключается первичное поражение при шизофрении и какова его природа? Он продолжил свою мысль:

«Проблема состоит в том, что описано множество изменений в различных анатомических структурах. Какие из них достоверно связаны с процессом заболевания? Если, что кажется вполне вероятным, существует несколько изменений, то какие первичны, а какие — вторичны?.. Нам нужно найти изменения, характерные, по крайней мере, для подтипов психопатологий... Но от этого изобилия разбегаются глаза» (р. 521).

Несомненно, существует значительное число данных о нейроанатомических различиях между шизофрениками (или теми, кто находится в группе повышенного риска) и нормальными индивидами; здесь приведен обзор лишь основных работ. Однако никто из авторов не называет ведущего показателя, присутствующего во всех случаях шизофрении или хотя бы во всех случаях признанных подтипов шизофрении. Может быть, мы имеем дело с ситуацией, когда у шизофрении или ее подтипов отсутствует *«первичное поражение»?* Все больше исследователей сегодня готовы дать утвердительный ответ на этот вопрос.

Этот новый подход не разработан и не сформулирован до конца, однако его ядро составляет идея, согласно которой то, что мы называем шизофренией, представляет собой, возможно, различные аберрации основных цепей головного мозга или самого мозга. В том или ином виде эта идея включает в себя представление о раннем, пренатальном поражении мозга, которое может иметь выявляемые неврологические эффекты в раннем детстве, но совершенно не обязательно позднее разовьется в шизофрению. Шизофрения возникает, если первоначальное повреждение каким-то образом вмешивается в нормальное развитие синапсов мозга в период интенсивной их реорганизации, происходящей у большинства людей в период юности и молодости. Здесь возможными кандидатами являются «подрезка» нервных клеток, их миграция и запрограммированная гибель. Известно, что в норме эти процессы происходят на постнатальных фазах развития мозга (см. обзор: Weickert & Weinberger, 1998).

Согласно современным взглядам на развитие, внутриутробный плод или новорожденный, испытавшие раннюю травму, обладают повышенным риском в отно-

шении утраты проводящих путей или неправильного соединения в процессе клеточной реорганизации. Таким образом, они более уязвимы (развитие диатеза к шизофрении) (см., например, Walker & Diforio, 1997). Гипотетическое взаимодействие между участвующими неврологическими структурами и клиническим исходом показано на рис. 12.4. Несомненно, такие нарушения «проводки» невозможно наблюдать посредством существующих в нашем распоряжении методов сканирования мозга. Некоторые факты, обнаруженные в последние годы, часть которых мы уже описали, а остальные рассмотрим несколько позднее, вполне согласуются с таким сценарием этиологии заболевания.

На протяжении многих лет исследователи отмечали, что люди, у которых развивается шизофрения, чаще рождаются зимой или ранней весной, что составляет примерно 8-процентное отклонение от нормы (DeLisi, Crow & Hirsch, 1986a). Это наблюдение (мы сейчас не обсуждаем его) породило множество гипотез, в которых фигурировал «эффект сезона рождения» при возникновении данного заболевания. Некоторые из этих гипотез имеют непосредственное отношение к вопросу нарушения интеграции мозга при шизофрении (Bradbury & Miller, 1985). Предположения касались инфекционных процессов каких-либо типов, осложнений протекания беременности или обоих факторов.

Известные факты говорят о том, что Брэдбери и Миллер двигались в правильном направлении. Например, было установлено (Wright et al., 1995), что грипп, перенесенный матерью во втором триместре беременности, приводит к нарушениям роста плода, повышению вероятности родовых осложнений и развитию впоследствии у ребенка шизофрении. Исследования показали, что исторически эпидемии гриппа связаны с неслучайным повышением уровня беременностей, в результате которых рождались дети, впоследствии становившиеся шизофрениками. Одно из последних исследований (Takei et al., 1997) предположительно установило, что критический пик чувствительности к инфекции приходится на пятый месяц беременности. Риск воздействия гриппа в течение этого критического периода соотносился



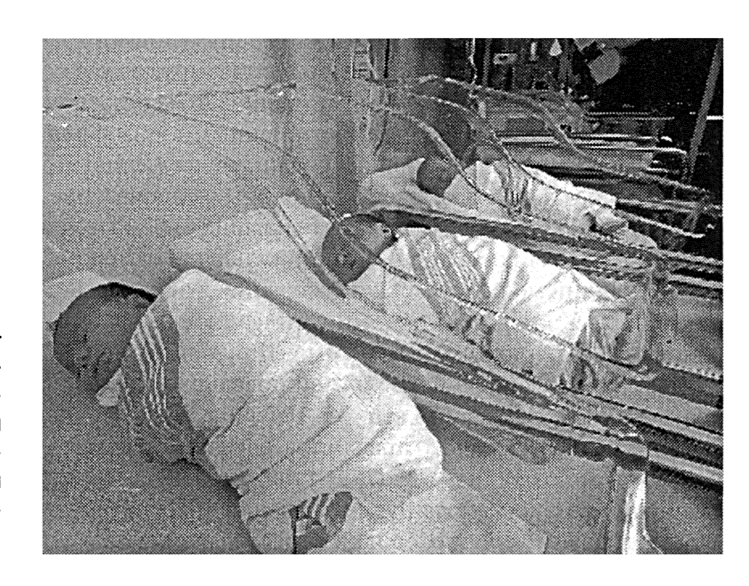
Рис. 12.4. Взаимосвязь между усилением повреждений нейронной проводимости и клинической феноменологией

Клиническая психопатология и способность реагировать на типичные антипсихотические препараты может взаимодействовать в физиологическом континууме со степенью нейропатологии. Источник: *Csernansky & Bardgett, 1998.*

с увеличением желудочков и борозд в группе из 83 шизофреников в сравнении с контрольными индивидами. Существующие данные (Torrey et al., 1993) говорят о сильной корреляции между уровнем мертворожденных и уровнем рождения живых детей, которые позднее становятся шизофрениками; эти показатели повышаются в зимние месяцы. В настоящее время исследователи выдвинули гипотезу о том, что должен быть общий фактор, предположительно инфекционной природы, влияющий на мертворожденность и риск развития шизофрении; согласно этой точке зрения, в одних случаях он приводит к смерти плода, а в других — к появлению изменений в мозгу, которые повышают уязвимость по отношению к шизофрении.

Ряд исследований Илейн Уолкер и ее коллег (Grimes & Walker, 1994; Walker et al., 1993, 1994) иллюстрирует связь между ранними отклонениями от нормы в неврологическом развитии и риском возникновения шизофрении. Данные исследователи собрали домашние видеофильмы, запечатлевшие кадры из детства 32 людей, которые впоследствии стали шизофрениками. Обученные наблюдатели «вслепую» (не зная окончательного исхода) в процессе просмотра видеофильмов фиксировали аномалии проявления эмоциональных реакций (Grimes & Walker, 1994) и выражения лиц (Walker et al., 1993), двигательных навыков, а также нейромоторные нарушения (Walker et al., 1994) у этих детей и их здоровых сиблингов.

Было установлено, что выражение лица и эмоции, а также двигательные реакции имели значительные отличия у малышей, которые впоследствии страдали от шизофрении, по сравнению со здоровыми детьми; сравнение явно было не в их пользу. Предшизофренические дети демонстрировали меньшую эмоциональность, причем, скорее, негативную, чем позитивную, худшие моторные навыки и более высокий уровень специфических движений, например подобные тику мышечные сокращения, что позволяло предположить у них наличие нейромоторных аномалий. Другими словами, эти дети, иногда не достигавшие и двухлетнего возраста, уже демонстрировали поведенческие аномалии в полном соответствии с выдвинутыми предположениями. Следовательно, имеются основания для выдвижения



Ранние, пренатальные повреждения головного мозга в результате болезни матери или какой-то иной природы являются еще одним фактором предрасположенности к шизофрении.

гипотезы, согласно которой эти предшизофренические дети страдали от тонких неврологических нарушений неизвестного происхождения. Однако мы снова вынуждены напомнить, что эти рано появляющиеся тонкие нарушения: 1) возможно, не будут в дальнейшем прогрессировать; 2) далеко не всегда заканчиваются диагнозом «шизофрения», и 3) почти неизбежно оказывают воздействие на социальное окружение ребенка, зачастую негативное; поэтому взаимодействие с этим окружением является еще одним фактором влияния.

Интерпретация биологических данных: диатез-стресс

В этиологии шизофрении была установлена роль биологических факторов. Несмотря на значительное число доказательств влияния биологических факторов в ее развитии остается неясным вопрос, какие из них являются причинными, действуя поодиночке или в комбинации друг с другом. Мы не знаем и того, какие факторы являются наиболее важными: ни в целом, ни в индивидуальных случаях.

Итак, с помощью биологически ориентированных исследований, особенно в последние годы, было предложено много новых идей о природе шизофрении и источниках подверженности ей. Однако они не в состоянии дать окончательный ответ на загадку шизофрении. Биологические открытия должны быть дополнены соответствующими психосоциальными и социокультурными исследованиями, что позволит достичь полного понимания этой проблемы и, в конечном итоге, контроля над ней. Этот вывод трудно назвать оригинальным; общая модель диатеза-стресса, истоки которой восходят к исследованиям шизофрении, предусматривает именно такой сценарий (например, Walker & Diforio, 1997; Zubin & Spring, 1977). Теперь мы обратимся к фактам, относящимся к психологическим факторам шизофрении.

Психосоциальные факторы шизофрении

Отдельные исследователи, придерживающиеся бихевиористических взглядов (например, Whitaker, 1992), оспаривают идею о том, что шизофрения обусловлена главным образом биологическими факторами. Весьма прискорбно и малопродуктивно, что биологические и психосоциальные исследования зачастую рассматривают как антагонистические и что они редко контактируют друг с другом (Carson & Sanislow, 1993). Большинство дискуссий заканчивается согласием с тем, что между биологическими и психосоциальными переменными шизофрении существует взаимодействие, однако исследования, посвященные изучению этой связи, проводят чрезвычайно редко. К счастью, в последние годы на проведение подобных работ выделяется достаточно средств и поэтому в ближайшее время их число должно резко возрасти.

Хорошей иллюстрацией потенциальных возможностей таких интерактивных исследований может послужить изучение любительских видеофильмов, проведенное Илейн Уолкер с коллегами и описанное выше. Как отмечалось выше, вероятность того, что окружающие, контактирующие с детьми, отрицательно отреагируют на обусловленные неврологией поведенческие недостатки предшизофренических детей, чрезвычайно высока. Ребенок, редко проявляющий радость (даже по поводу такого семейного праздника, как день рождения), эмоциональные реакции которого либо скудны, либо носят негативный характер, неуклюже движущийся и периодически демонстрирующий специфические непроизвольные движения, имеет в жизни, несомненно, больше стрессов, чем обладатель противоположных черт.

Короче говоря, подобный сценарий предполагает, что присутствие в жизни событий, бросающих вызов («стресса») и, возможно, оказывающих влияние на социальное и личностное развитие, в какой-то степени потенциально определяется патогенным биологическим диатезом. Фактически эта идея лежала в основе взглядов психолога Пола Мила (Meehl, 1962, 1989, 1990a) на процесс развития шизофренического исхода. Сходная концептуализация была предложена Г. Беренбаумом и Ф. Фуджита (Berenbaum & Fujita, 1994).

Несмотря на их потенциальную важность, исследования психосоциальных факторов развития шизофрении проводились чрезвычайно редко, особенно в сравнении с исследованиями вклада биологических составляющих. В результате большая часть исследований шизофрении, посвященная психосоциальным проблемам, серьезно устарела. Многие из этих работ обладают значительными недостатками отчасти потому, что их планировали и проводили достаточно давно, когда не существовало строгих стандартов и гораздо меньше было известно о надлежащем планировании исследований. Важно отметить, что, как правило, исследования психосоциальных переменных гораздо сложнее, чем биологических. В силу вышеизложенных причин наше обсуждение психосоциальных причинных факторов шизофрении будет относительно кратким.

Нарушение взаимоотношений в семье между детьми и родителями

Исследования взаимоотношений в семьях, где росли дети-шизофреники, были сфокусированы на следующих факторах: 1) шизофреногенные (вызывающие шизофрению) родители; 2) деструктивное отношение со стороны родителей; и 3) плохая коммуникация. В последнее время происходит переключение внимания исследователей с отношений между родителями и ребенком на общие отношения в семье. Здесь будут рассмотрены оба аспекта. Сначала мы более подробно остановимся на данной проблеме в целом.

Начиная с 1950-х годов, когда исследователи впервые обратили внимание на влияние семейных отношений на возникновение шизофрении, считалось, что родители способствуют развитию расстройства у детей своей враждебностью, невольным отторжением и грубыми родительскими ошибками. Многие специалисты упрекали родителей, и ответная реакция последних зачастую была гневной или бесчувственной, а иногда и жестокой. Мы надеемся, что предлагаемое обсуждение не вызовет подобного отношения. Большинство родителей, которых мы знаем, независимо от того, выпала им участь иметь детей-шизофреников или нет (Meehl, 1978, 1989), сделали все, что было в их силах, чтобы дать своим детям счастье и обеспечить их успех. Отдельные родители могут быть жестокими и склонными к злоупотреблениям, но нет никаких доказательств того, что подобный паттерн связан с шизофреническим исходом. Даже оставив в стороне тот факт, что осуждение родителей не может изменить ситуацию и способно лишь ухудшить ее, следует помнить, что эти упреки восходят к слишком упрощенному и ошибочному представлению о том, как люди превращаются в шизофреников.

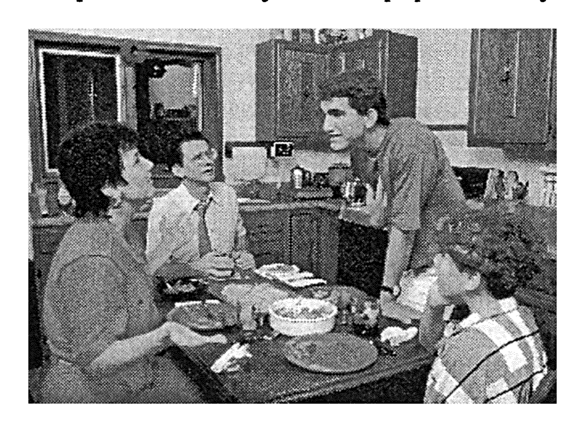
Еще одно предостережение: исследования показали высокую распространенность эмоциональных нарушений и конфликтов в семьях, где появляются шизофреники (Hirsch & Leff, 1975). Однако, как мы неоднократно подчеркивали, нет оснований для предположения, что нарушения всегда передаются от родителей детям;

это может происходить и в обратном направлении. Каким бы ни был изначальный источник затруднений, по всей вероятности, как только он возникает, члены семьи нередко побуждают друг друга к все более патологическому поведению. Например, в ряде работ было показано (Waxler, 1968; Liem, 1974), что попытки родителей справиться с нарушенным поведением сыновей и дочерей, страдающих шизофренией, оказывали патологическое воздействие на их собственные поведенческие и коммуникативные паттерны. По сути дела, взаимную направленность данного воздействия можно считать единственным неоспоримым выводом, к которому мы пришли, тщательно изучив семьи, в состав которых входили шизофреники.

Деструктивные взаимоотношения между родителями. Особый интерес представляет работа Теодора Лидца и его коллег, продолжавшаяся более 20 лет. В ходе первичного исследования 14 семей с детьми-шизофрениками, авторам (Lidz, Fleck & Cornelison, 1965) не удалось найти ни одной родительской пары, взаимодействовавшей адекватно и эффективно. Восемь из 14 пар жили в состоянии тяжелых хронических скандалов, и сохранение их брака постоянно находилось под угрозой. Остальные 6 пар достигли состояния равновесия, при котором их взаимодействие поддерживалось за счет базовых искажений семейных отношений; в этих случаях члены семьи вступали в столкновения, при которых серьезные нарушения поведения одного или другого родителя (например, явно бредовые конструкции некоторых аспектов реальности) считались нормальными и оправдывались посредством согласованной рационализации.

Шизофреники часто имеют психологически здоровых сиблингов, которые выросли вместе с ними в одной семье. Каким образом эти сиблинги избежали патологии в данном семейном контексте? Возможный ответ на этот вопрос заключается в том, что у них не было биологической предрасположенности к заболеванию. Однако нельзя исключать, по мнению авторов исследования, и того, что субкультура семьи не оставалась неизменной: каждый ребенок вырос в семье с уникальным семейным паттерном. Таким образом, данный конкретный ребенок может быть сильнее подвержен семейной патологии, чем его более счастливый сиблинг из-за слишком сильного вовлечения родителей.

Нарушение коммуникативных отношений. Грегори Бейтсон (Bateson, 1959, 1960) был одним из первых исследователей, сосредоточивших свое внимание на конфликтной и запутанной природе коммуникации членов семей, где есть шизо-



Паттерны деструктивного взаимодействия между родителями, демонстрируемые детям, коррелируют с развитием шизофрении у тех, кто находится в группах повышенного риска, и рецидивами у пациентов с этим диагнозом. Тем не менее не все дети в таких семьях становятся шизофрениками. Это расхождение можно объяснить тем, что каждый ребенок воспринимает отношения в семье по-своему.

френики. Он использовал термин «коммуникация по типу двойной связи», чтобы описать один из таких паттернов. При этом паттерне родитель требует от ребенка поведения в соответствии с идеями, чувствами и целями, не совместимыми друг с другом. Например, на словах мать может быть любящей и принимающей, но на эмоциональном уровне — тревожной и отвергающей; или она жалуется на то, что сын недостаточно любит ее, но останавливает и наказывает его, когда он хочет выразить свою любовь. Мать мягко, но эффективно запрещает комментировать подобные парадоксы, а отец слишком слаб или сдержан, чтобы вмешаться. Согласно этиологической гипотезе Г. Бейтсона, такого ребенка постоянно будут ставить в ситуации, когда он не сможет выиграть, и он будет становиться все более тревожным. Предполагается, что подобная дезорганизованная и противоречивая коммуникация в семье отразится на его мышлении. Однако точных подтверждений патогенетического эффекта «двойной коммуникации» получить не удалось.

Зингер и Винне (Singer & Wynne, 1963, 1965a, 1965b) связывают некоторые аспекты расстройства при шизофрении с двумя стилями мышления и коммуникации в семье: аморфным и фрагментарным. Аморфный паттерн характеризуется недостатком дифференциации; внимание, направленное на чувства, предметы или людей, плохо организовано, оно смутное и дрейфующее. Фрагментарное мышление характеризуется большей дифференциацией, но меньшей степенью интеграции; в коммуникации наблюдаются неустойчивые и разрушительные сдвиги. В своих более поздних работах авторы (Singer, Wynne & Toohey, 1978; Wynne, Toohey & Doane, 1979) использовали термин «коммуникативные отклонения» (или «отклонения транзактного стиля») для обозначения этих различий в той последовательности, которую они считали ядром целенаправленного негативного воздействия родителей на своих шизофренических детей.

В процессе лонгитюдного исследования (Doane et al., 1981; Goldstein, 1985; Goldstein et al., 1978; Goldstein & Strachan, 1987; Lewis, Rodnick & Goldstein, 1981) анализировался период взросления субъектов, которые в подростковом возрасте были пациентами психологической клиники, но не шизофрениками. Результаты исследования подтвердили выдвинутое ранее предположение. Высокий уровень коммуникативных отклонений у родителей, зафиксированный на протяжении подросткового периода их детей, в дальнейшем предопределял развитие у тех целого спектра шизофренических расстройств по достижении ими взрослого возраста. По всей видимости, негативные эмоции в семье увеличивают вероятность такого исхода. Однако схема этого эксперимента не позволяет исключить вероятность общего генетического влияния на старших и младших членов семьи, влекущего за собой странности коммуникации у родителей и (независимо) развитие шизофрении у детей. Такая возможность представляется маловероятной в свете результатов уже описанного Финского исследования усыновления, где отклонения в коммуникации родителей (приемных) были связаны с развитием серьезных признаков психопатологии у приемных детей (Tienari et al., 1994).

Роль сильного стресса и выраженных эмоций

В течение десятинедельного периода, предшествующего началу шизофрении, у людей было выявлено выраженное усиление жизненного стресса (Brown, 1972). В типичном случае проблемы заключаются в трудностях интимных отношений

человека, например в разрыве связей. Другое исследование показало, что у шизофреников межличностные стрессоры носят более генерализованный характер, чем у индивидов из контрольной группы (Schwartz & Myers, 1977). Следует также отметить, что жизненные стрессоры, равно как и сама шизофрения, у близнецов имеют более высокий уровень распространенности, чем у обычных сиблингов (Kendler et al., 1993b). Это позволяет выдвинуть предположение о том, что в части случаев конкордантность шизофрении у близнецов проистекает в равной степени из общих генов и общего стресса.

Независимо от того, становятся ли плохие отношения с родными причиной шизофрении, мы хорошо знаем, что ее *рецидивы*, следующие за периодами ремиссии, связаны с негативной коммуникацией определенного типа, называемой выраженной эмоцией (ВЭ) и направленной на пациента членами семьи (Butzlaff & Hooley, 1998; Hooley & Hiller, 1998; Linszen et al., 1997; Miklowitz, Goldstein & Falloon, 1983, Vaughn et al., 1984). В патогенном эффекте ВЭ решающими являются два компонента: чрезмерная эмоциональная реактивность (вовлеченность) бывшего пациента и критика этих явлений со стороны домашних. Любопытно, что проведенный недавно Р. Буцлафом и Дж. Хули (Butzlaff & Hooley, 1998) количественный анализ исследований на эту тему показывает, что связь рецидивов с ВЭ в целом достаточно отчетлива, но особенно сильно выражена у пациентов с хроническим течением болезни. Выраженная эмоция может быть особенно интенсивной в том случае, когда члены семьи убеждены, что расстройство и его симптомы произвольно контролируются самим пациентом (Weisman et al., 1993). Однако и здесь проблемы коммуникации могут развиваться в двух направлениях (Hooley & Hiller, 1998).

Некоторые исследования демонстрируют, что ВЭ предсказывает развитие шизофрении до ее первого приступа (Goldstein, 1985). Результаты данных исследований также позволяют высказать предположение о том, что ВЭ — одна из непосредственных причин рецидивов шизофрении (Neuchterlein, Snyder & Mintz, 1992). Попытки уменьшения ВЭ и связанное с ней поведение членов семьи оказывают благоприятное действие на профилактику рецидивов заболевания (Falloon et al., 1995; Hogarty et al., 1986; Leff et al., 1982; McFarlane et al., 1995). Таким образом, семейная «выраженная эмоция» — важный параметр предупреждения шизофренических эпизодов. Как предполагают Хули и Хиллер (Hooley & Hiller, 1998), сейчас мы должны сосредоточить свое внимание на более полном понимании того, как это происходит.

Как отмечалось ранее, декомпенсация (нарушения, дезорганизация мышления и личности) первично позитивного синдрома, шизофрении I типа, как правило, происходит внезапно. В то же время при первично негативном синдроме (шизофрении II типа) она развивается постепенно, однако, в конце концов, может стать гораздо более глубокой: реальная степень декомпенсации может значительно варьировать, в зависимости от тяжести стресса и особенностей индивида. Выздоровление или рекомпенсация также могут проходить относительно быстро или медленно. Соответственно, выздоровление может быть полным и даже приводить к повышению уровня адаптации индивида по сравнению с периодом до начала заболевания; оно может быть частичным, но достаточным для того, чтобы пациент вел адекватную независимую жизнь («социальное выздоровление»); оно может быть

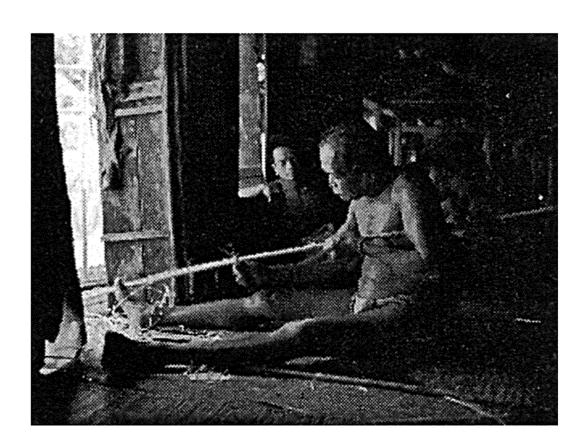
незначительным; при этом у некоторых индивидов в конце концов развивается трудноизлечимая, хроническая шизофрения, преимущественно в форме негативного синдрома (Fenton & McGlashan, 1994).

Социокультурные факторы шизофрении

Как было отмечено ранее, уровень распространенности шизофрении в мире существенно варьирует. С учетом ранее упоминавшихся недостатков социокультурных сравнений, количество случаев заболевания шизофренией в различных социальных группах и географических регионах, согласно эпидемиологическим данным, может различаться как минимум в 2–3 раза (Gottesman, 1991; Stevens & Hallick, 1992). Этим колебаниям не удается найти удовлетворительного биологического объяснения (Kirch, 1993). Кроме того, нельзя исключить вероятность того, что эти различия отражают культурные социальные факторы (например, религиозные верования и обряды, структуру и ценности семьи), которые модифицируют риск заболевания шизофренией (Torrey, 1987). В случае наличия культурных факторов, увеличивающих или уменьшающих риск заболевания, важно понять механизм их воздействия. Этому вопросу уделяют на удивление мало внимания, поэтому нам, по большей части, ничего не известно о таких влияниях.

Мы также упоминали ранее, что шизофрения, по-видимому, встречается реже и в не столь тяжелой форме в традиционных, «менее развитых» культурах (Allen, 1997). На протяжении многих лет исследователи предоставляют материалы о различных аспектах развития шизофрении в разных культурах и даже субкультурах. Зачастую заболевания в пределах некой конкретной субкультуры склонны принимать отличную форму. Например, среди аборигенов Западной Малайзии был описан (Kinzie & Bolton, 1973) положительный синдром, сильно отличающийся от типичных проявлений; содержание симптомов несло на себе явный отпечаток культуры, например «встречи с духом реки» или «человекообразных духов, разговаривающих с чьей-либо душой» (р. 773).

Говоря о социокультурных факторах в Соединенных Штатах, следует упомянуть огромный массив данных, накопившийся с 1930-х годов и говорящий о том, что чем ниже социально-экономический статус, тем выше распространенность шизо-



По-видимому, шизофрения встречается реже и в не столь тяжелой форме в «менее развитых» культурах. Исследование аборигенов Западной Малайзии показало, что позитивные симптомы шизофрении были распространены там шире, чем в любой другой части мира, и сосредоточивались на культурных верованиях, например галлюцинациях, в которых фигурировали дух реки или духи-мужчины, разговаривавшие с душой человека.

френии. Было высказано предположение (например, Koch, 1973), что условия жизни низшего класса сами по себе рождают стресс и, кроме того, нарушают способность индивида справляться с ним. Однако существуют убедительные доказательства того, что принадлежность к низшему классу может быть *результатом* шизофрении или ее последствий в виде ослабления социального поведения. Больные индивиды часто скатываются вниз по социальной лестнице, поскольку уже первые признаки надвигающейся болезни мешают им находить работу и устанавливать взаимоотношения с людьми, что могло бы принести им экономическую стабильность (Gottesman, 1991). В главе 18 мы узнаем, что среди бездомных людей с психическими нарушениями можно встретить немало таких больных.

В Соединенных Штатах диагноз «шизофрения» гораздо чаще ставят черным, чем белым американцам. Однако это различие, по всей видимости, является артефактом. Различия в степени распространенности и клинической картине шизофрении у афро-американцев и белых существенно уменьшаются, если брать выборки людей с одинаковой социально-классовой принадлежностью, образованием и социально-экономическим уровнем (Lindsey & Paul, 1989; Snowden & Cheung, 1990). На самом деле, в пределах одного и того же социально-экономического класса интенсивность шизофренических симптомов у пациентов афроамериканского и латиноамериканского происхождения ниже, чем у белых (Brekke & Barrio, 1997).

В целом, по-видимому, шизофрения не является одним клиническим объектом, равно как не существует и ее единственной причины. Скорее, мы имеем дело с несколькими типами процессов плохой психологической адаптации, являющихся результатом взаимодействия биологических, психосоциальных и социокультурных факторов; в каждом конкретном случае, в зависимости от клинической картины, роль этих факторов, несомненно, варьирует. Очень часто взаимодействие данных факторов образует порочный круг, попадая в который человек начинает утрачивать способность к адекватному восприятию перед постоянно растущими требованиями. Одни люди паникуют и испытывают своего рода психобиологический коллапс; другие постепенно становятся апатичными и деморализованными, отгораживаясь (физически и психологически) от невозможного и непостижимого (для них) реального мира. Какой бы ни была первоначальная картина, исход развития событий на этой стадии мало предсказуем (Endicott et al., 1986; Strakowski, 1994; Vaillant, 1978); предположения можно строить лишь по прошествии нескольких недель, месяцев, а в некоторых случаях, при быстро изменяющейся клинической картине, и лет.

Лечение и исход

До 1950-х годов прогноз в отношении шизофрении считался в целом чрезвычайно неблагоприятным, практически безнадежным. Пациентов, которым ставили этот диагноз (если, конечно, их семьи не были достаточно богаты и не могли оплачивать дорогие частные психиатрические лечебницы), обычно помещали в отдаленные, переполненные, плохо оборудованные государственные больницы. Они, как правило, располагались в малонаселенной местности. Как только больных надежно запирали, недостаточно обученный, перегруженный работой, деморализованный персонал начинал лечить их (если это вообще можно было так назвать) с помощью

по большей части неэффективных методов, которые часто были объективно жестокими (смирительные рубашки) или вызывающими ужас (например, электрошоковая терапия). После кратковременных попыток применения одного или двух таких неадекватных «методов лечения» пациента просто оставляли приспосабливаться к заведению, которое ему (или ей) никогда не суждено было покинуть (Deutch, 1948). В большинстве случаев подобная адаптация приводила к утрате способностей и навыков, необходимых для самостоятельного проживания за стенами заведения. Таким образом, большинство обратившихся за медицинской помощью пациентов никогда больше не покидали госпиталь.

Действие антипсихотических средств

Сегодня большинство шизофреников ожидают далеко не столь мрачные перспективы. Облегчение пришло неожиданно благодаря появлению класса фенотиазиновых препаратов, которые часто называют «большими транквилизаторами». Они были изобретены в середине 1950-х годов. Фармакотерапия (лечение химическими препаратами) с использованием этих сложных лекарств в скором времени трансформировала условия в психиатрических больницах, практически уничтожив постоянную угрозу дикого, опасного или вызывающего тревогу поведения пациентов. Они стали вести себя значительно спокойнее. Эти изменения произошли настолько резко и необратимо, что сейчас даже трудно оценить в полной мере эффект воздействия этих препаратов, в том числе и на моральный дух, оптимизм работников больниц. Медицинские работники получили средства для приведения поведения пациентов практически в норму, что позволяет выписывать из больницы многих пациентов, которые могут поддерживать свое состояние с помощью лекарств и регулярных посещений поликлиники. Дальнейший прогресс в психофармакологии позволяет задуматься о полном *излечении* шизофрении. Наконец наступила долгожданная новая и многообещающая эра.

За это время появились более современные и совершенные (главным образом, в смысле устранения нежелательных побочных эффектов) антипсихотические средства, с каждым днем их количество быстро увеличивается. Больной шизофренией, впервые поступивший сегодня в психиатрическую лечебницу или иное заведение, с вероятностью 80–90% получит облегчение в течение нескольких недель, или, в крайнем случае, нескольких месяцев. Лишь меньшая часть этих пациентов излечивается навсегда и не имеет выраженных остаточных симптомов. К сожалению, уровень повторных обращений остается чрезвычайно высоким, и для многих шизофреников характерны многократные выписки и обращения, что часто называют паттерном «вращающейся двери». Кроме того, некоторые люди, у которых развивается шизофрения (согласно проведенным оценкам, примерно 10% от общего количества больных), оказываются нечувствительными к медикаментозному, а также любому другому лечению и страдают необратимым негативным синдромом и/или дезорганизованным расстройством.

В отдельных, достаточно редких случаях, развитие заболевания не удается прервать с помощью ни одного из известных вмешательств. Развитие расстройства может происходить очень быстро, достигая стабильного состояния глубокого ухудшения в течение одного года или еще более короткого срока. Гораздо чаще оно

развивается несколько лет, стабилизируясь на низком функциональном уровне в течение 5 лет (Fenton & McGlashan, 1994; McGlashan & Fenton, 1993). Надежды на полное излечение шизофрении у большинства пациентов до настоящего времени не реализованы, и, к сожалению, маловероятно, что в обозримом будущем они сбудутся. Антипсихотические средства не дают исцеления. В этой связи весьма примечательны слова, сказанные Роджером Брауном, недавно скончавшимся социальным психологом Гарвардского университета, который однажды посетил собрание общества Анонимных Шизофреников для того, чтобы познакомиться с проблемами этих людей:

> [Лидер группы] начал с оптимистического рассказа о том, как обстоят его дела, главным образом для того, чтобы «встряхнуть» остальных. Некоторые из присутствующих выразили надежду, что их состояние постепенно будет улучшаться; другие молчали, уставившись в пол. Я почувствовал, что вера постепенно покидает группу, когда они начали говорить о своей неспособности сохранить работу, о жизни на социальное пособие; о том, как они не справляются с самыми простыми требованиями, предъявляемыми жизнью. Никто не говорил странных вещей и не совершал странных поступков; возникало все проникающее чувство неадекватности, ощущение жизни, в которой каждый день несет страшные испытания. Принесли пончики и кофе, а затем все по одиночке ушли. На этой встрече Анонимных Шизофреников я понял коечто о шизофрении, о том, что антипсихотические средства не излечивают полностью и даже не приносят долговременного облегчения (Brown & Herrnstein, 1975, p. 641).

На примере членов этого клуба Р. Браун наблюдал то, что называется **социальным выздоровлением** — способностью к независимому существованию в качестве экономически эффективного члена общества, имеющего полноценные межличностные отношения. Члены данного общества не были психотическими пациентами; возможно, у большинства из них симптомы не удовлетворяли диагнозу «шизофрения», за исключением, вероятно, остаточного типа. Антипсихотические средства, как правило, снимают некоторые симптомы, а новые, современные модификации лекарств часто избавляют от тяжелых побочных эффектов (Sheitman et al., 1998). Но можно ли с их помощью устранить пережитый опыт шизофрении, который зачастую делает жертв этой болезни неспособными продуктивно и успешно работать и любить?

В знаменитой работе Дж. Д. Хегарти и соавторов (Hegarty et al., 1998) содержится количественный анализ клинических исходов при лечении шизофрении с 1895 по 1991 год; сравнивались результаты каждого десятилетия. Критерии, позволявшие говорить о том, что у пациента после лечения наступило улучшение, в целом совпадали с определением концепции социального выздоровления. Результаты этого исследования, охватившего 51 800 шизофреников и 311 400 человеко-лет заболевания, показаны на рис. 12.5. Отметим, что начало использования антипсихотических препаратов (1956–1975) сопровождалось фактическим увеличением уровня социального выздоровления. Однако это повышение было достаточно скромным: с 40 до 50% социально выздоровевших больных. Затем показатель пошел на спад, что, согласно утверждениям авторов, проистекало из ужесточения диагностических критериев шизофрении, то есть в последующие годы анализу подвергались случаи более серьезного нарушения. Не столь крупномасштабное аналогичное исследование (Warner, 1994) подтверждает основные выводы рас-

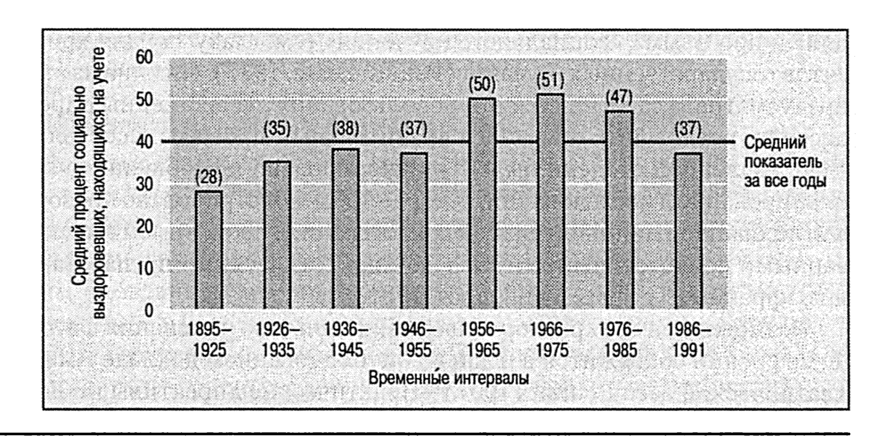


Рис. 12.5. Процентный состав состоящих на учете пациентов-шизофреников, достигших состояния социального выздоровления на протяжении последнего столетия

Процентные показатели округлены до целых чисел. Адаптировано по: *Hagerty et al., 1994*

смотренной нами работы. В целом, мы считаем, что эти результаты вызывают разочарование.

Согласно более оптимистической точке зрения, разочарование в связи с применением антипсихотических средств касается только более старых, типичных препаратов типа хлорпромазина и галоперидола, а все недостатки удастся преодолеть по мере дальнейшего развития фармакологической терапии. Шейтман с коллегами (Sheitman et al., 1998) упоминают о более новых «нетипичных» антипсихотических средствах, находящихся на разных стадиях разработки и применения, которые смогут дать лучшие результаты в отношении социального выздоровления. К сожалению, до настоящего времени не проводились исследования, насколько эти препараты отвечают все возрастающим критериям социального выздоровления (дальнейшее обсуждение см. в главе 16).

В свете довольно ограниченного успеха старых антипсихотических препаратов, тот факт, что на протяжении нескольких последних десятилетий они были, по сути дела, единственным способом лечения пациентов-шизофреников, вызывает определенное недоумение. Возможно, в ближайшее время произойдут перемены, о которых мы скажем в следующем разделе.

Психосоциальные подходы к лечению шизофрении

Современные специалисты в области психического здоровья только недавно постепенно пришли к пониманию того, что исключительно фармакологический подход к лечению шизофрении чреват серьезными ограничениями. По сути дела, он настолько сильно доминировал, что несколько многообещающих альтернативных подходов, появившихся до 1991 года, были просто проигнорированы медицинским сообществом. В этой связи следует упомянуть, например, терапевтическую программу самопомощи на базе общины, в рамках которой предполагалось перевести пациентов из госпиталя в дом гостиничного типа под минимальный надзор специалистов (Fairweather et al., 1969; Fairweather, 1980). Кроме того, интерес представ-

ляла и программа «социального научения» (см. главу 17) для хронических пациентов государственных больниц (Paul & Lentz, 1977). Ни одна из этих программ не предусматривала интенсивного использования лекарственных препаратов; в процессе их реализации отмечался значительный прогресс в состоянии пациентов. В определенной степени было проигнорировано и сообщение о великолепно запланированном исследовании, которое продемонстрировало превосходство специализированной индивидуальной психотерапии (проводимой высококвалифицированными психотерапевтами) над антипсихотическими препаратами при лечении шизофрении (Karon & Vandenbos, 1981).

Возможно, самое красноречивое свидетельство изменения взглядов на лечение шизофрении содержится в недавно опубликованном докладе Американской психиатрической ассоциации (1997) «Практические директивы по лечению пациентов, страдающих шизофренией». Этот документ содержит не только рекомендации по применению лекарственных препаратов для пациентов на разных фазах и с различной степенью тяжести заболевания, но и долгожданное всестороннее заключение о желательности энергичного психосоциального вмешательства. Предлагая такие рекомендации, «Практические директивы» принимают во внимание развитие на протяжении последних лет относительно новых и явно эффективных психосоциальных инициатив, направленных на облегчение проблем пациентов-шизофреников, особенно тех, которые не удается решать с помощью антипсихотических препаратов (Kopelowicz & Liberman, 1998). Некоторые из этих инициатив, обычно используемые в сочетании с медикаментозным лечением, кратко описаны ниже.

Семейная терапия

Несмотря на то что методы семейной терапии никоим образом нельзя назвать новыми для лечения шизофрении, новым является акцент на их важности, поскольку исследования показали, что семейная выраженная эмоция (ВЭ) влияет на развитие рецидивов. Семейная терапия, по всей видимости, — прекрасное средство идентификации случаев ВЭ, а также обучения членов семьи умению контролировать или избегать ее (Tarrier & Barrowclough, 1990).

Индивидуальная психотерапия

Индивидуальная психотерапия при шизофрении имеет богатую историю, но она был оттеснена на задний план в связи с активным использованием антипсихотических средств и сообщений о том, что ее применение (главным образом, в психодинамической форме) ухудшает состояние пациентов-шизофреников. Однако Дж. Хогарти с соавторами (Hogarty et al., 1997a, 1997b) сообщили о 3-летнем контролируемом эксперименте, включавшем «личную терапию». Это лечение повышало социальную адаптацию и содействовало успешному выполнению социальных функций выписанных из больницы пациентов. Согласно приведенному описанию, личная терапия использовала постадийный, не психодинамический подход, целью которого была выработка у пациентов навыков, позволяющих им справляться со своими эмоциями и стрессами. Мы не знаем, насколько этот метод отличается (и отличается ли вообще) от когнитивно-бихевиоральной терапии. Благожелательно отозвавшись об этой программе, Фентон и Мак-Глашан (Fenton & McGlashan,

1997) заявили о необходимости внести гибкие элементы индивидуальной психотерапии практически во все схемы лечения шизофрении.

Обучение социальным навыкам и лечение в общине

Обучение социальным навыкам (Bellack et al., 1997; Dilk & Bond, 1996; Halford & Haynes, 1991) — полезная процедура, помогающая преодолеть смущение, неумелость, неловкость и неспособность сконцентрировать внимание, присущие в социальных ситуациях многим людям, пережившим шизофренические эпизоды.

С некоторым опозданием мы наконец поняли, что многие пациенты-шизофреники, выписанные из больницы, испытывают в обществе огромные трудности в процессе поисков ресурсов и организации своей жизни (см. главу 18). Сюда можно отнести склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотическими веществами, часто используемые как способ самолечения для устранения неприятных побочных эффектов антипсихотических препаратов (Kosten & Ziedonis, 1997). Поэтому существует настоятельная потребность в последующем наблюдении со стороны общины и оказании помощи в решении житейских проблем. Подобные программы, обзор которых приведен в работе Маузера с коллегами (Mauser et al., 1998), часто называют ассертивным коммунитарным лечением (АКЛ) или осуществлением интенсивного надзора (ОИН). Обычно они предусматривают участие междисциплинарных групп, которые должны следить за тем, чтобы не «потерять из виду» выписавшихся пациентов, что нередко происходит в случаях плохой организации местной системы психиатрического здравоохранения. В целом чем интенсивнее работает служба, тем сильнее ее воздействие на клиническое улучшение и социальное функционирование (Brekke et al., 1997).

Наконец, существует проблема координации применения антипсихотических лекарственных препаратов с другими, немедикаментозными программами. Если она решается успешно, то пациент получает существенные выгоды (Klerman et al., 1994; Kopelowicz, 1997).

Проблема инерции системы

Данные психосоциальные мероприятия направлены на то, чтобы компенсировать недостатки лечения шизофрении антипсихотическими препаратами. В настоящее время они применяются далеко не везде и, к сожалению, не всегда надлежащим образом. В системе психического здравоохранения двух штатов была проведена проверка того, насколько практика соответствует ранее изданным директивам о лечении. Обнаружилось, что степень ее соответствия нормативным документам не достигала и 50%, особенно там, где речь шла о рекомендациях по использованию психосоциальных подходов (Lehman et al., 1998). Можно предположить, что при проведении подобной проверки во всех 50 штатах страны общая картина не будет более благополучной. Существующая практика психического здравоохранения, по крайней мере в большинстве штатов, не в состоянии идти в ногу с требованиями времени и делать то, что будет наиболее эффективным для возвращения пациентов-шизофреников к активной и продуктивной жизни в обществе. Нам кажется, что мы до сих пор имеем дело с устоявшейся моделью ограничения перспектив для этой части населения и пренебрежения ими.

Бредовое расстройство (паранойя)

Термин **паранойя** используется на протяжении долгого времени. Древние греки и римляне использовали этот термин достаточно широко для обозначения любых психических расстройств. Современное, более ограниченное использование этого термина восходит к XIX столетию и работам Эмиля Крепелина, который определял им случаи, характеризующиеся бредом и нарушениями контакта с действительностью, но без аномалий, фрагментации и личностной дезорганизации, характерных для шизофрении.

В настоящее время в разделы *DSM-IV*, посвященные нешизофреническим параноидным расстройствам, включены два основных типа психозов: **бредовое расстройство**, ранее называемое паранойей или параноидным расстройством, и **разделенное психотическое расстройство**, при котором у двух или более людей из одной семьи развиваются стойкие сцепленные бредовые идеи. Последнее известно в истории как *folie a deux.*

Кратковременные эпизоды (продолжающиеся один месяц и менее) бредового мышления, нормального во всех остальных отношениях, относятся к категории **краткого психотического расстройства.** В этом разделе мы уделим основное внимание бредовому расстройству. Поскольку современная литература по данному вопросу практически отсутствует (это в настоящее время не является «горячей» темой исследований), мы будем вынуждены опираться главным образом на более ранние работы. Поскольку в них использовались традиционные термины «паранойя» и «параноидное расстройство», мы будем использовать их наряду с более новым термином — «бредовое расстройство».

Диагноз бредового расстройства

Постановка диагноза бредовое расстройство может иногда затрудняться неточностью самого термина *бред*. Далеко не всегда представляется возможным определить, насколько та или иная идея ложная или истинная. Более того, люди часто искренне и страстно верят во многие идеи, явно ложные или не подлежащие эмпирической проверке. Так, значительное число людей верят, что нацистского Холокоста, когда погибло много евреев из стран Европы, никогда не было, несмотря на несомненные свидетельства противного (Weinberg & Elieli, 1995). В силу данных причин формальное определение бреда (данное в *DSM-IV*) обычно содержит уточнение о том, что большинство членов общины, к которой принадлежит больной, должно считать эту идею неразумной. Однако, принимая во внимание, что в XV веке из всех идей Колумба самой смешной была вера в то, что Земля круглая, ясно, что даже этот критерий не всегда может помочь отличить истину от лжи.

Параноидное мышление далеко не всегда значимо отличается от нормы, как нам обычно кажется (см., например, Oltmanns & Maher, 1988). Недавно было продемонстрировано (Newman, Duffe & Baumeister, 1997) создание «защитной проекции» (перенесение собственных неприемлемых черт на других людей) у нормальных субъектов с целью подавления мыслей о собственных недостатках. Как ни парадоксально, но подобные попытки зачастую порождают в сознании человека невольное искажение мыслей, которые могли бы поставить под угрозу его

самоуважение. Угроза заметно ослабевает, если приписать те же самые недостатки другим.

Остается открытым и вопрос об отличии бредового расстройства от параноидного личностного расстройства (глава 9), которое также характеризуется более или менее эксцентричными суждениями и причудливым мышлением, заслуживающими названия «бредовые», то есть «психотические».

DSM-IV требует точного указания типа бредового расстройства, исходя из доминирующей темы бреда. Существуют следующие типы:

- **Тип преследования**: преобладает идея о том, что сам человек (или кто-то из его близких) подвергается какому-либо дурному обращению: за ним следят, преследуют или распространяют слухи о его противозаконном или аморальном поведении. Те или иные законные действия часто без всяких оснований объявляются несправедливыми; в крайних случаях отмечаются более непосредственные и опасные модели сопротивления, например попытка убийства, которая иногда заканчивается трагедией.
- **Тип ревности**: доминирующей темой является измена сексуального партнера.
- **Тип эротомании**: доминирующая тема заключается в том, что некие лица, занимающие высокое положение в обществе, а иногда и пользующиеся широкой известностью, состоят в любовных отношениях (или хотят вступить в них) с человеком, страдающим бредом.
- **Соматический тип**: доминирующей темой является непоколебимая уверенность в наличии какого-то физического заболевания, природа которого абсурдна.
- **Тип величия**: доминирует идея о том, что человек занимает выдающееся положение в обществе, обладает властью, способностями, талантом, красотой или что пациент состоит в особых отношениях с кем-то, обладающим вышеперечисленными свойствами.
- **Смешанный тип**: этот диагноз ставится, когда присутствует комбинация названных выше тем, но невозможно выделить единственную, доминирующую.

Наиболее часто встречается бред преследования, ниже мы рассмотрим, главным образом, эту форму расстройства.

Официальный диагноз бредового расстройства редко встречается у амбулаторных больных и пациентов психиатрических больниц, однако этот факт в какой-то степени может создать искаженную картину реального уровня распространенности этого заболевания. Многие героические изобретатели, фанатичные реформаторы, доморощенные пророки, чудовищно ревнивые супруги, преследуемые учителя, бизнесмены и другие работники попадают в эту категорию. До тех пор пока эти люди не начинают причинять серьезные неприятности, они, как правило, в состоянии жить в обществе, не признают у себя параноидного состояния и не ищут помощи для его облегчения. Однако в некоторых случаях они могут быть потенциально опасны. Они практически всегда являются заядлыми «индикаторами несправедливости», склонными к тем или иным акциям возмездия против своих предполагаемых мучителей.

Клиническая картина бредового расстройства

Индивиды с параноидным, или бредовым расстройством, чувствуют, что враги лишают их преимуществ, обращаются с ними дурно, строят против них заговоры, обкрадывают, шпионят, игнорируют или притесняют их каким-либо иным способом. Вся система бреда обычно вращается вокруг одной главной темы, например финансовых вопросов, работы, изобретения, заговора или неверности супруга. Например, женщина, у которой возникли проблемы на работе, может настаивать на том, что коллеги и начальники ополчились на нее из-за ее выдающихся способностей и высоких показателей. В результате она может уволиться и пойти работать в другое место, где снова возникнут трения и конфликты. Она может прийти к выводу, что руководство предыдущей компании послало письмо ее нынешнему работодателю, чтобы настроить всех против нее и лишить шансов на успех. Со временем окружающая среда все сильнее встраивается в систему бреда, любые события и новый опыт будут интерпретироваться с точки зрения бредовых идей. В справке 12.2 перечислены особенности, характерные для параноидного мышления.

Несмотря на то что идеи преследования преобладают, у многих параноиков развивается бред величия, они приписывают себе выдающиеся или уникальные способности. Подобные экзальтированные идеи обычно вращаются вокруг миссии

СПРАВКА 12.2

Последовательность событий при параноидном образе мышления

Большое количество проведенных исследований позволяет сделать вывод о том, что рассмотрение паранойи с позиции *образа мышления* открывает самые многообещающие перспективы. Последовательность событий, возникающих при таком способе мышления, можно охарактеризовать следующим образом:

1. **Подозрительность.** Индивид не доверяет побуждениям других людей, боится, что его поставят в невыгодное положение, постоянно испытывает настороженность.
2. **Проективное мышление.** Индивид избирательно воспринимает поступки других людей, реагирует только на те из них, которые подтверждают его подозрения, винит других в собственных неудачах.
3. **Враждебность.** Индивид гневно и враждебно реагирует на воображаемые несправедливость и злоупотребления, становится все более подозрительным.
4. **Параноидное истолкование.** Момент, когда все «встает на свое место»; индивид наконец понимает все странные чувства и происшествия, пережитые им.
5. **Бред.** У индивида появляется бред влияния и преследования, который может быть основан на «крупицах истины», излагаемых логично и связно; позднее нередко развивается бред величия.

Со временем параноик может распространить свою систему бреда на новые области жизни, новых людей и события, создавая «псевдосообщество», которое стремится причинить ему вред. Параноики, реагирующие по такой схеме, могут почувствовать, что внимание других людей, направленное на них, обусловлено их выдающимися способностями и значимостью, что открывает дорогу бреду величия.

Источник: Meissner (1978) и Swanson, Bohnert & Smith (1970)

Мессии, политических и социальных реформ или грандиозных изобретений. Религиозные параноики могут считать, что Бог послал их, чтобы спасти этот мир и проводить большую часть времени, проповедуя и организуя крестовые походы. От них часто можно услышать угрозы об огне и сере, горении в аду и других столь же убедительных вещах. Многие люди, страдающие паранойей, становятся членами экстремистских политических движений, неутомимыми и фанатичными «крестоносцами», хотя зачастую их уверенность в своей правоте и крайняя нетерпимость к инакомыслящим приносит больше вреда, чем пользы.

Вне системы бреда подобные индивиды могут выглядеть совершенно нормальными с точки зрения общения, проявления эмоций и поведения. Галлюцинации и другие явные признаки психопатологии проявляются редко. Такая стандартная внешность, в сочетании с логичным и непротиворечивым изложением бредовых идей, могут придавать рассуждениям индивида большую убедительность. Люди, испытывающие сомнения и колебания, например многие приверженцы религиозных сект, во главе которых стоят возбужденные собственными бредовыми идеями предводители, особенно подвержены подобным призывам к вере. Как свидетельствуют трагические события недавнего прошлого, такие «послания» могут быть достаточно мощными, чтобы побудить людей к массовым добровольным самоубийствам.

Вот еще один пример, на этот раз более светский.

Разбор случая: бред с туманом. Один инженер разработал подробный план борьбы с туманом в Сан-Франциско и других больших городах с помощью системы рефлекторов, нагревающих воздух при помощи солнечного излучения и рассеивающих туман. Компания, в которой он работал, изучила эти планы и сочла, что они не заслуживают внимания. Отказ сильно расстроил инженера. Он подал заявление об уходе, утверждая, что остальные работники этой компании не обладают должной квалификацией для того, чтобы выносить суждения о таких сложных и передовых инженерных проектах, как этот. Вместо того чтобы попытаться устроиться на новую работу, он тратил все свободное время на поиски другой фирмы, которая обладала бы достаточным техническим уровнем, позволяющим по достоинству оценить его проект. Инженер был готов всем рассказывать о своих планах, но становился очень подозрительным и проявлял враждебность, когда речь заходила об их невыполнимости. В конце концов он пришел к убеждению о том, что огромное количество фирм вступили в заговор, чтобы украсть его планы и использовать их для собственного обогащения. Он сообщил о своих подозрениях в полицию, угрожая, что он предпримет меры сам, если представители правопорядка будут бездействовать. В результате он был помещен под наблюдение в госпиталь, где ему поставили диагноз паранойя.

Причины бредового расстройства

Большинство из нас в определенных ситуациях недоумевают по поводу причины несчастий, когда кажется, что все идет вкривь и вкось, все рушится. Многие люди живут, страдая от фрустрации и того, что их недооценивают, грустно размышляя о реальных или вымышленных причинах своих неудач и провалов. Предпараноидный индивид отличается тем, что всегда склонен видеть причину своих жизненных неудач в несправедливости других людей (Kinderman & Bentall, 1997). Ранее отмечалось, что индивиды с параноидной шизофренией склонны демонстрировать меньший уровень когнитивной дезорганизации, чем пациенты, страдающие другими ее типами. Кроме того, поддержание тяжелой параноидной фиксации воз-

можно только при серьезных искажениях базовых когнитивных ресурсов человека, однако оно также требует и искусного обращения с информацией, поступающей из окружающего мира. В случае когда индивид страдает настолько сильными когнитивными нарушениями, что неспособен вести повседневную жизнь, настороженность и избирательная переработка информации, необходимые для успешного сохранения организованной системы бреда, практически невозможны. В результате можно предположить, что серьезные нарушения когнитивных процессов *per se* не являются причиной бреда, паранойи, различных форм психозов и могут быть фактором, способным остановить их развитие.

В ряде исследований было показано, что предпараноидные индивиды в детстве, как правило, были не способны играть с другими детьми, достичь определенного уровня социализации на основе теплых и любящих отношений (Sarvis, 1962; Schwartz, 1963; Swanson et al., 1970). Присущие им отстраненность и недружелюбный стиль общения делают их непопулярными в среде сверстников, по сути дела, раздражителем, вызывающим отрицательную реакцию. Таким образом, подозрительные и склонные к отвержению люди становятся мишенью настоящей дискриминации и враждебного обращения. У человека может возникнуть ощущение, что его не принимают потому, что он «другой», почему-то неприемлемый для окружающих, что усугубляет его застенчивость и настороженность при общении (Lemert, 1962).

При развитии бредового расстройства этот процесс происходит постепенно, по мере того как человек все больше склонен обвинять других в собственных неудачах, предательстве, особенно тех людей, на кого он полагается. Он начинает размышлять о «логических» причинах своих неудач, становится сверхбдительным в отношении фактов, которые могут помочь ему сохранить самооценку. Почему они возражают против заслуженного признания меня или продвижения по службе? Почему это достается тем, кто обладает явно худшей квалификацией? Человек тщательно исследует окружающий мир в поисках скрытого смысла, задает себе наводящие вопросы. Он видит личностный смысл в полностью нейтральных событиях и, как детектив, ищет улики, подтверждающие его догадки о заговорах и подкупе. После создания общей картины ситуации человек корректирует свое поведение с учетом открывшихся ему «фактов». Это увеличивает вероятность того, что подозрения человека получат новое подтверждение. Такое развитие «парано-



Настойчивость, с которой владелец этого автомобиля проповедует свои идеи, построенные на искаженных фактах и отличающиеся враждебностью, подозрительностью, указывает на бредовое мышление.

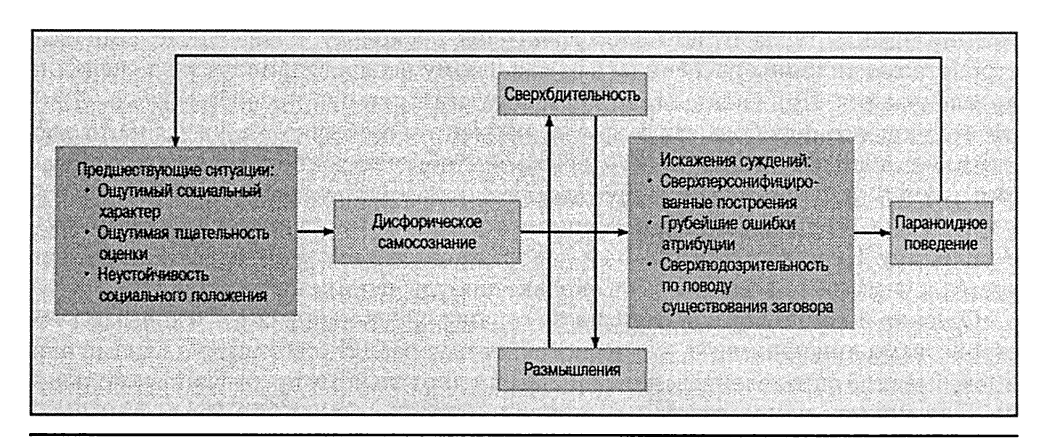


Рис. 12.6. Параноидная социальная когниция

идной социальной когниции» хорошо описано в аналитической работе Родерика Крамера (Kramer, 1998), результаты которой в графической форме представлены на рис. 12.6.

Постепенно картина начинает проясняться. Данный процесс называется «параноидным истолкованием». Если раньше у человека были лишь подозрения, то теперь он твердо знает: остальные люди в силу каких-либо причин избегают его. Они строят против него козни, попирают его права, обращаются с ним недостойным образом. По сути дела, человек защищается от невыносимого предположения: «Со мной что-то не так», трансформируя его следующим образом: «Они поступают со мной несправедливо». Человек потерпел неудачу не потому, что он в чем-то хуже, а потому, что против него строят козни. Он идет по пути добра и прогресса ради процветания всего человечества, а его враги объединились с силами зла. Человек искажает и фальсифицирует факты для объединения их в четкую схему, опираясь на подобные фундаментальные защитные предпосылки. Постепенно он создает логичную, зафиксированную систему бреда. Этот процесс называется построением параноидного «псевдосообщества», где человек организует окружающих его людей (реальных, а иногда и вымышленных) в структурированные группы, целью которых — совершение низких поступков и насильственных действий против него (Cameron, 1959).

Лечение и исход бредового расстройства

В настоящее время не существует общепринятых, эмпирически достоверных подходов к лечению бредовых расстройств. В целом считается, что, как только происходит становление системы бреда, ее чрезвычайно трудно развенчать. Общение с такими индивидами на рациональном уровне по поводу их бреда невозможно. Кроме того, они не склонны обращаться за лечением, поскольку считают это недопустимой слабостью и предпочитают сосредоточить свое внимание на поиске справедливости в связи с причиненным им ущербом. Предложенный лекарственный препарат будет, скорее всего, отвергнут ими, а само предложение о лечении удачно впишется в их систему бреда, где фигурируют заговор и нанесение вреда. Вероятно,

госпитализация также будет малоэффективна, поскольку люди с бредовыми расстройствами склонны расценивать ее как форму несправедливого заключения и преследования. При насильственной госпитализации они пренебрежительно относятся к персоналу больницы, другим пациентам и обычно жалуются на то, что члены их семей вступили в сговор с врачами, чтобы незаконно и без всяких оснований «убрать их». Нередко они ищут легальные способы возмездия и иногда успешно возбуждают судебные дела, особенно если ранее их не обвиняли ни в каких преступлениях. Не видя в себе никаких недостатков, они отказываются от сотрудничества и участия во всем, что хоть сколько-нибудь напоминает «лечение».

Однако, в конце концов, многие из госпитализированных с бредовыми расстройствами лиц понимают, что неспособность управлять своими действиями или высказывание определенных идей приведет к длительному пребыванию в больнице. В результате они могут притвориться и отказаться от своего бреда, признать, что раньше у них были такие идеи, но сейчас они понимают всю их абсурдность. После выписки из больницы они часто еще более настойчиво распространяют свои идеи, досаждая окружающим, и, как правило, весьма далеки от выздоровления. Таким образом, прогноз в отношении полного излечения от паранойи всегда был неблагоприятным.

Нерешенные проблемы:

Недооценка психосоциального вмешательства в шизофрению

Нарушения, которые мы называем шизофрениями, ставят перед обществом проблему: как заботиться о людях, которые сами не могут или не мотивированы заботиться о себе. В этом случае не помогает ни определение их в специальные заведения, ни выписка из них (см. главу 18). Кроме того, как мы уже увидели, применение традиционных антипсихотических средств не приводит к социальному выздоровлению, несмотря на то что новейшие препараты считаются в высшей степени эффективными. Мы переоценили реальные возможности этих лекарств. В результате нам так и не удалось воспользоваться открывающимися посредством применения антипсихотических средств путями к восстановлению ресурсов пациентов, что могло гарантировать их успешное возвращение в жизнь общества. Результаты исследований и бесстрастный анализ данной проблемы указывают на то, что необходимо предпринять огромные усилия для обеспечения психосоциального вмешательства, если мы хотим облегчить личные, семейные и общественные трагедии, причиной которых является шизофрения.

Как показал обзор последних исследований, приведенный в данной главе, простая констатация фактов, необходимых для разработки всестороннего подхода к проблеме, не дает гарантии, что такие меры будут приняты. Существуют две основные трудности: 1) инерция специалистов и 2) денежные расходы. Потенциальную, 3-ю проблему, состоящую в нежелании пациентов принимать прописанные лекарства, можно существенно облегчить, создав новые препараты, вызывающие минимальные нежелательные побочные эффекты.

Мы уже говорили о неудачной попытке специалистов найти перспективные методы лечения, отличающиеся от общепринятой практики. Необходимо найти способ преодоления идеологических предрассудков профессионалов, обратить их

внимание на реальные факты, полученные в ходе исследований. Задача по преодолению инерции не проста, но решаема.

Для того чтобы лечить шизофрению посредством современных научных знаний, требуются крупные инвестиции. Необходимы интенсивные вложения для оплаты работы персонала. Кроме того, больших расходов потребует подготовка высококвалифицированных специалистов. Однако, с другой стороны, экономические потери, которые общество несет в связи с тем, что вынуждено содержать огромное количество экономически зависимых, безработных взрослых людей, нуждающихся в дорогостоящем обслуживании, также велики. Согласно существующим оценкам, Соединенные Штаты ежегодно расходуют на эти цели более 70 миллиардов долларов (Wyat et al., 1995). В недавно опубликованном обзоре литературы (Gabbard et al., 1997) основной упор сделан на *экономии* средств, достигнутой там, где для лечения тяжелых психических расстройств, в том числе и шизофрении, применяли индивидуальную психотерапию. Так или иначе, но обществу (налогоплательщикам) все равно придется платить. По мнению авторов, возможность вернуть нормальную жизнь людям значительно облегчает этот выбор.

Резюме

Шизофренические расстройства, характеризующиеся большим количеством психотических явлений, включают в себя наиболее крайние отклонения в сфере психопатологии. Гетерогенные по своей организации, они образуют профиль нарушений функционирования в виде когнитивной непоследовательности, области содержания мышления, восприятия, выражения эмоций, волеизъявления, спутанной идентичности, ухода во внутренний мир и специфических особенностей моторного поведения.

К классическим подтипам шизофрении относятся: 1) недифференцированный (смешанные симптомы, не подпадающие под другие категории или быстро сменяющие друг друга); 2) кататонический (затрагивает, главным образом, моторные симптомы), 3) дезорганизованный (непоследовательные, глупые или несообразные чувства и поведение); и 4) параноидный (навязчивые идеи или галлюцинации, касающиеся преследования, величия или других тем). Современные исследования больше внимания уделяют позитивному (галлюцинациям и бреду), а не негативному синдрому (эмоциональная тупость, бедность речи) шизофрении. С учетом данных вариаций, а также других аномалий, многие в целом ставят под вопрос правомочность диагноза «шизофрения». Шизофрению в лучшем случае рассматривают как «предварительный конструкт», который, возможно, охватывает несколько различных нарушений.

Маловероятно, что кто-нибудь будет оспаривать существование кластера поведенческих проявлений, называемого шизофренией и поражающего своим уходом от реальности повседневного опыта. Подобное поведение коррелирует с биологическими, психосоциальными и социокультурными переменными, например ранние неврологические нарушения повышают вероятность того, что впоследствии разовьется это расстройство. Современные представления биологии делают акцент на развитии: ранние (включая и пренатальные) аномалии мозга влекут за собой нарушения цепей головного мозга, возникающие на более поздней стадии реорганизации синапсов.

Вся совокупность фактов говорит о том, что сами по себе биологические факторы в большинстве случаев не могут вызвать шизофрению. Это свидетельствует о мощном, но пока еще плохо понятном воздействии психосоциальных и социокультурных параметров. Данные многочисленных наблюдений позволяют сделать предположение о том, что здесь мы сталкиваемся со сложными взаимодействиями, затрагивающими самые разнообразные факторы, которые, возможно, имеют неодинаковую природу у разных пациентов.

Бредовые (параноидные) расстройства, при которых шизофреническая дезорганизация не является важным фактором, формируют подгруппу психозов, исследованию которых в последнее время уделяли слишком мало внимания. Параноидным индивидом часто овладевают идеи преследования и величия одновременно или, реже, другие ложные убеждения. Однако в остальных областях, никак не затрагивающих структуру бредового мышления (параноидного истолкования), на которой сосредоточен индивид, функционирование (включая сложно организованную когнитивную деятельность), как правило, остается совершенно нормальным. Эти люди очень часто способны функционировать в обществе на маргинальном уровне. Тем не менее некоторые из них становятся опасными. В настоящее время лечение хронических параноидных больных в лучшем случае весьма затруднительно.

Возможно, что в последнее время при лечении шизофрении чрезмерно большие надежды возлагались на антипсихотические средства, которые зачастую были бесполезны с точки зрения социального выздоровления. В этой области большие надежды возлагаются на психосоциальные методы лечения. Как правило, их не использовали так широко, как этого требовала жизнь, что до сих пор остается нерешенной проблемой.

ГЛАВА 13

Мозговые расстройства и другие когнитивные нарушения

Некоторые психологические проблемы возникают в результате повреждений или дефектов ткани головного мозга. Мозг является органом, отвечающим за поведение: он перерабатывает информацию, поступающую из внешней и внутренней среды (в том числе и из самого мозга), отбирает и осуществляет тот стиль поведения, который хранится в памяти. Повреждения головного мозга могут снижать эффективность мышления, восприятия и поведения. Взаимосвязь между психическими нарушениями, органическими повреждениями головного мозга и аномальным поведением часто запутана и трудна для понимания главным образом потому, что строение мозга и его функции находятся в тесной зависимости друг от друга.

В случае появления морфологических нарушений головного мозга в пренатальный период или в очень раннем возрасте, у ребенка может возникнуть отставание в психическом развитии, степень которого зависит главным образом от размеров повреждения. У некоторых людей с пренатальными или перинатальными (возникающими в момент рождения) повреждениями головного мозга может наблюдаться нормальное психическое развитие, однако они могут страдать от когнитивных или моторных нарушений, например расстройства научения или спастического состояния мышц (чрезмерных мышечных сокращений, препятствующих нормальной двигательной активности).

Повреждения головного мозга возможны и после того, как закончилось его нормальное биологическое развитие. Огромное количество травм, заболеваний и воздействий токсических веществ могут вызвать функциональные повреждения или гибель нейронов и их нейромедиаторных связей, что зачастую приводит к явным нарушениям психологических функций. Иногда такие повреждения связаны с нарушениями поведения, которое становится плохо адаптированным и даже психотическим. Люди, которые получили серьезные повреждения головного мозга после того, как решили основные задачи своей жизни, оказываются в совершенно ином положении, нежели те, которые начинают жизнь, имея такие дефекты. Когда ребенок старшего возраста или взрослый получает повреждение головного мозга, происходит утрата части ранее развитых функций. Эта утрата (депривация) уже приобретенных навыков может быть болезненной и очевидной для пострадавшего, что отягощает уже существующую органическую травму психологической. В других случаях травма может нарушить способность к реалистической самооценке, вследствие чего пациенты плохо осознают свои потери и, таким образом, обладают слабой мотивацией к реабилитации.

В данной главе мы обсудим те психические расстройства, которые возникают в случае серьезных органических нарушений или повреждений здорового мозга подростка или взрослого человека. Далее будет рассмотрена проблема функционирования головного мозга с наличием патологии как врожденного характера, так и возникшей на самых ранних стадиях психологического развития.

Повреждения мозга и расстройства у взрослых

До принятия *DSM-IV* в 1994 году большинство расстройств, которые будут рассмотрены в данном разделе, назывались **органические расстройства психики**. Используя этот устаревший термин, невозможно провести различия между ***прямыми*** неврологическими последствиями повреждения головного мозга, в том числе различными когнитивными нарушениями, и **психопатологическими** проблемами, которые иногда сопровождают такие повреждения, например депрессией или параноидным бредом. Аномальные «психические» явления второго типа широко распространены у людей без каких-либо видимых нарушений головного мозга, поэтому предположение о их связи с травмой головного мозга в лучшем случае бездоказательно, а в худшем — может привести к серьезными заблуждениям.

Повреждение ткани головного мозга может вызывать либо ограниченные нарушения поведения, либо широкий спектр психологических заболеваний, что зависит: 1) от природы, расположения и обширности неврологического дефекта; 2) преморбидной (до момента заболевания) конституции и личностных особенностей индивида; 3) его общей жизненной ситуации; и 4) времени, которое прошло с момента появления заболевания. Степень психических нарушений обычно напрямую связана со степенью повреждения мозговых структур. Однако иногда, при относительно тяжелых повреждениях головного мозга, наблюдаются удивительно слабые психические изменения, в то время как в других случаях относительно умеренные повреждения сопровождаются глубоким изменением функций.

Нейропсихологические расстройства и повреждения головного мозга

Тяжелые расстройства, рассматриваемые в этом разделе, всегда являются нейропсихологическими в строгом смысле этого слова. Следовательно, некоторые «психические» аномалии являются, в той или иной степени, непосредственным результатом физических повреждений установившихся нейронных связей головного мозга. Общие закономерности этих симптомов хорошо понятны, а сами симптомы имеют сходные признаки у людей, получивших близкие по локализации и обширности повреждения головного мозга. Например, при **диффузном** (обширном) повреждении (от мягкого до умеренного) часто страдает внимание, поскольку подобные повреждения или попадание в организм таких ядовитых веществ, как ртуть, приводят к нарушению снабжения ткани мозга кислородом. Пострадавший может жаловаться на проблемы с воспроизведением информации, хотя способность запоминать новую информацию у него остается незатронутой. Тяжелые диффузные повреждения, приводящие к деменциям, будут описаны далее.

В отличие от диффузных повреждений, **фокальные поражения головного мозга** представляют собой ограниченные области аномально измененной структуры

мозга, которые могут возникать в результате острых травматических повреждений или нарушения кровоснабжения (именуемого обычно «ударом») в какой-либо части головного мозга. По мере развития таких заболеваний, как, например, синдром Альцгеймера или роста опухоли мозга, наблюдается постепенное возникновение новых фокальных очагов, ведущих к развитию тяжелого диффузного поражения. Органические заболевания головного мозга, изначально имеющие фокальное происхождение, но возникающие в связи с прогрессирующими *диффузными повреждениями, могут привести к следующим последствиям*:

1. **Нарушение памяти.** Индивид плохо помнит недавние события и легче вспоминает факты из отдаленного прошлого. У некоторых пациентов прослеживается тенденция к вымыслу: они изобретают воспоминания, чтобы восполнить пробелы. В тяжелых случаях любой новый опыт сохраняется в памяти только в течение нескольких минут. В этом случае либо нарушена долгосрочная память, либо сохраненную новую информацию невозможно извлечь позднее.
2. **Нарушение ориентации.** Индивид не способен точно определить свое местоположение, особенно во времени, но иногда и в пространстве; или у него нарушена способность к определению собственной идентичности и личности других людей.
3. **Нарушение научения, понимания и суждений.** Мышление индивида становится туманным, медленным и/или неточным. Человек может утратить способность к планированию или пониманию абстрактных концепций и воспринимать лишь простейшую информацию, что часто описывается как обеднение мышления.
4. **Нарушение эмоционального контроля или модуляции.** Индивид проявляет эмоциональную гиперреакцию. Он быстро может начать смеяться, плакать, впадать в ярость и испытывать другие крайние эмоции.
5. **Апатия или эмоциональная тупость.** Индивид проявляет мало эмоций, особенно при прогрессировании заболевания.
6. **Нарушение инициации поведения.** Индивид утрачивает способность самостоятельно начинать какое-либо дело, ему приходится многократно напоминать, что нужно сделать, даже если ситуация полностью находится в спектре компетенции пациента. Такое поведение описывается как утрата «исполнительской» функции.
7. **Нарушение контроля в вопросах пристойности и этичности поведения.** Индивид может демонстрировать заметное снижение личных нормативов по отношению к внешности, личной гигиене, сексуальности, языку.
8. **Нарушение рецептивной и экспрессивной коммуникации.** Индивид может быть не в состоянии усваивать письменную или устную речь или выражать свои мысли устно и письменно.
9. **Нарушение визуально-пространственной способности.** Индивиду трудно координировать двигательную активность и зрительный контроль, что влияет на графомоторные (письмо и рисование), конструкторские (например, расположение предметов) и другие связанные с этими навыками задания.

Взаимодействие нейропсихологии и психопатологии

У большинства людей, имеющих нейропсихологическое расстройство, психопатологические симптомы (приступы паники, галлюцинации или бред) не развиваются, хотя у многих выявляется хотя бы умеренный дефицит когнитивных функций и адаптации к среде. Психопатологические симптомы, иногда сопровождающие мозговые нарушения, носят менее предсказуемый характер, чем перечисленные выше; в этом случае с большей вероятностью проявляются индивидуальные нюансы, связанные с личностными особенностями пациента и общей психологической ситуацией, сложившейся вокруг него. Ошибочно считать, что психологические расстройства (например, тяжелая депрессия, сопровождающая повреждения) неизбежны и полностью объясняются травмой головного мозга пациента; скорее, они объясняются психологическими вызовами, встающими перед пациентом в связи с осознанием резко сузившейся компетенции.

Серьезные нарушения функций головного мозга могут оказывать на индивидов различное воздействие. Человек — это функциональная единица и в качестве таковой реагирует на все стрессорные факторы как органической, так и психологической природы. Хорошо функционирующая и обладающая ресурсами личность зачастую может лучше противостоять повреждениям головного мозга (равно как и любому другому стрессу), чем ригидный, незрелый или обладающий каким-либо иным психологическим дефектом индивид, за исключением тех случаев, когда повреждения мозга настолько серьезны или расположены в таких критических местах, что разрушают интеграцию личности. Любой индивид, в том числе и ребенок, страдающий травматическими повреждениями головного мозга и находящийся в благополучной жизненной ситуации, имеет больше шансов на благоприятный прогноз (Yeates et al., 1997). В последние годы для объяснения факта о более высокой резистентности к психическим и поведенческим нарушениям, возникающим после серьезных повреждений головного мозга у интеллигентных, хорошо образованных, психически активных людей (см., например, Mori et al., 1997a; Schmand et al., 1997a), все чаще прибегают к концепции резервных возможностей мозга. Тем не менее, поскольку головной мозг является центром интеграции поведения, существует предельный уровень его повреждения, который люди могут переносить или компенсировать без явного развития поведенческих аномалий.

Конструктивные элементы компьютера и программное обеспечение (полезная, хотя и жестокая, аналогия)

Существует определенный риск в использовании компьютерной аналогии при обсуждении функционирования головного мозга и психических процессов. Однако подобные аналогии могут оказаться очень полезными в контексте дискуссии о взаимосвязи нарушений функций мозга и поведенческих аномалий.

Когда компьютер не в состоянии выполнить определенную задачу, мы объясняем неполадки обычно двумя способами: 1) возникновением проблем с конструктивными элементами (сгоревшая микросхема, перебои с электричеством, испорченный резистор или аккумулятор); или 2) ошибкой в программном обеспечении: «вирус» в программе запуска или ошибка в данных, которые мы загружаем в машину, находящуюся в идеальном рабочем состоянии.

Таким образом, мы можем рассматривать интактный человеческий мозг как программируемую конструктивную систему, а психологический опыт можно считать функциональным эквивалентом программного обеспечения. Используя эту аналогию, первичной причиной нейропсихологических расстройств будут дефекты конструкции. Другими словами, в подобной ситуации мозг не может осуществлять физические операции по причине сбоя в той или иной своей части (а иногда и в нескольких). Непосредственные симптомы подобного сбоя (наподобие перечисленных выше) можно предсказать, исходя из знания о функционировании данной части головного мозга. В целом наши знания в области непосредственных последствий различных типов повреждений головного мозга находятся на достаточно высоком уровне.

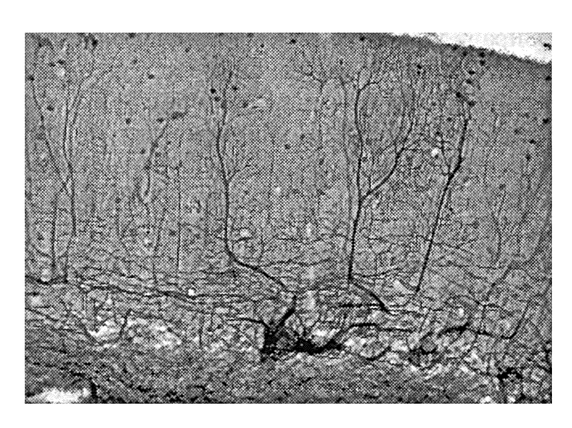
Повреждение «конструктивных элементов» головного мозга неизбежно окажет глубокое воздействие на работу программного обеспечения или прошлый и настоящий опыт. На самом деле, в случае обширных повреждений конструкции, может произойти потеря большого объема ранее загруженной информации, поскольку структурные компоненты, на которых она была закодирована, более непригодны к работе; по этой же причине нельзя адекватно загрузить и новую информацию. Подобное состояние в клинике известно под названием **деменция.** При менее обширном повреждении конструкции мы наблюдаем эффекты, в значительной степени зависящие от специфических особенностей программного обеспечения, которое представляет собой индивидуальный уникальный и неповторимый жизненный опыт. Бред о том, что человек является Наполеоном, был достаточно распространен в XIX столетии, однако он известен лишь с тех пор, как Наполеон стал знаменит. Подобные симптомы по большей части служат косвенным проявлением поломок органических «комплектующих»; их содержание явно представляет собой продукт жизненного опыта, а иногда они появляются и при отсутствии каких-либо заметных дефектов «комплектующих». В этом случае мы должны учесть возможность того, что такие особенности поведения полностью обязаны своим возникновением серьезным нарушениям личности индивида или, следуя нашей аналогии, ошибкам программного обеспечения.

Общие клинические черты нейропсихологических расстройств

Некоторые функции, утраченные в результате повреждений головного мозга, могут быть восстановлены заново, но, как правило, не в полной мере; пострадавший может также освоить способы компенсации утраченных реакций. Часто функции головного мозга восстанавливаются вскоре после полученного повреждения, что происходит, главным образом, после временно́й патологии, например отека мозговой ткани, не затрагивающего непосредственно ее структуру. Преодоление недееспособности, проистекающей из-за необратимых повреждений мозга, может быть относительно полным или ограниченным, происходить медленно или быстро. Поскольку компенсаторные способности головного мозга ограничены, его повреждения ведут к более или менее постоянному уменьшению или даже потере широкого спектра физических и психологических способностей. Следовательно, чем больше объем повре́жденной ткани, тем сильнее нарушено ее функционирование. Локализация повреждений также может играть значительную роль

в определении окончательного нейропсихологического статуса пациента. Мозг высоко специализирован, и каждая его часть, каждая клетка вносит свой уникальный вклад в жизнедеятельность организма (рис. 13.1). Два полушария, хотя и тесно взаимодействующие друг с другом на многих уровнях, участвуют в различных типах психической деятельности. Например, функции, которые зависят от серийной (упорядоченной) переработки знакомой информации (языковая активность или решение математических задач), почти у всех людей происходят в левом полушарии. Правое полушарие специализировано, в основном, на обработке образов (гештальтов), что необходимо для понимания смысла новых ситуаций, рассуждения на невербальном, интуитивном уровне и оценки пространственных отношений. Даже в пределах каждого полушария различные доли и их отдельные области выполняют специализированные функции. Взаимосвязи между локализацией в головном мозге и поведением нельзя считать постоянными или универсальными. Однако можно сделать выводы о вероятных последствиях повреждения определенных частей головного мозга. Повреждение лобных долей, например, связано с одной из двух противоположных клинических картин: 1) поведенческой инерцией, пассивностью, апатией и неспособностью отказаться от заданного потока ассоциаций или инициировать новый поток (навязчивое мышление); или 2) импульсивностью, диссоциацией сознания, недостаточными этическими ограничениями. Повреждение определенных областей правой теменной доли может вызвать нарушение визуально-моторной координации или искажения изображения тела, тогда как повреждение левой теменной доли может вызвать нарушения определенных аспектов речевых характеристик, в том числе чтения и письма, а также арифметических способностей.

Нарушение целостности височных долей головного мозга нарушает ранние стадии запоминания. Обширные билатеральные височные повреждения могут вызвать появление синдрома, при котором далекие воспоминания остаются относительно невредимыми, но никакие недавно произошедшие события не подлежат воспроизведению. Повреждение других структур височных долей связано с нарушениями поглощения пищи, сексуальности и эмоций, что, возможно, происходит из-за нарушений функционирования лимбической системы, расположенной в глубинных слоях мозга, и регулирующей эти «примитивные» функции посредством многочисленных связей с лобными долями.



За небольшими исключениями, тела клеток и нервные окончания головного мозга не обладают способностью к регенерации, их разрушение носит окончательный характер. Очевидно, что чем больше объем поврежденной ткани, тем сильнее нарушено функционирование.

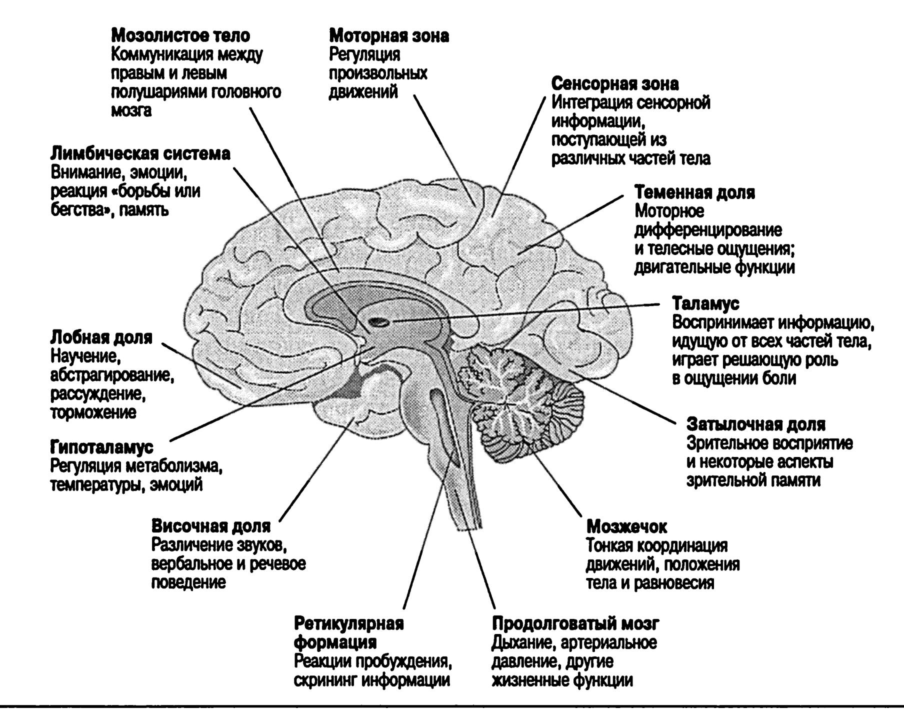


Рис.13.1. Структуры головного мозга и связанное с ними поведение

Повреждение затылочной доли влечет за собой целый спектр разнообразных нарушений зрения и визуальных ассоциаций в зависимости от конкретной локализации дефекта. Например, человек не может распознавать знакомые лица или правильно визуализировать и понимать символические стимулы. К сожалению, многие заболевания головного мозга носят общий характер и, следовательно, оказывают диффузное деструктивное воздействие, вызывая множественные и повсеместные обрывы проводящих путей головного мозга.

Диагностические проблемы при нейропсихологических расстройствах

DSM-IV предлагает диагностическую классификацию различных нейропсихологических расстройств посредством различных и в чем-то противоречивых способов. Традиционно эти расстройства классифицировали исходя из сущности заболевания или диагностируемой патологии, например болезнь Хантингтона, общий парез. То есть главный этиологический фактор, лежащий в основе заболевания, указывали в диагнозе. Однако подобные заболевания с медицинской точки зрения могут иметь различные ассоциированные с ними психические симптомы, которые обычно закодированы не по I оси, а по III оси *DSM-IV*. Ассоциированные психические состояния обычно кодируются на I оси с учетом соответствия общему медицинскому диагнозу (болезнь указана на III оси). Так поступают со многими обычными нейропсихологическими расстройствами, но, как мы увидим далее, существуют исключения из этого правила.

Некоторые патологические изменения головного мозга могут вести к появлению психических симптомов, связанных с воздействием определенных веществ, например длительным употреблением алкоголя (см. главу 10). В этих случаях в диагноз по I оси вносится особое этиологическое примечание: персистирующее амнестическое расстройство, вызванное употреблением веществ (в отношении ограниченного и характерного типа нарушений памяти). *DSM-IV* особым образом выделяет определенные, часто прогрессирующие состояния, которые ведут к выраженному генерализованному когнитивному поражению ткани мозга, или деменции (слабоумию). В этих случаях предполагаемый неврологический патологический процесс иногда включают как по I оси, так и по оси III. Таким образом, когнитивные нарушения, ассоциированные с заболеванием сосудов мозга, могут иметь следующие диагностические коды, согласно *DSM*-IV: I ось — васкулярная деменция, III ось — окклюзия, церебральная артерия, что подразумевает существование блокады церебральной артерии, или «Такая классификация избыточна, ввиду того что термин I оси уже включает признак закупорка». Аналогичным образом дело обстоит и с основным диагнозом по I оси, *деменцией по типу Альцгеймера*, которая по III оси определяется как *болезнь Альцгеймера*.

Учитывая эти основные, иногда приводящие к путанице проблемы, которые определяются взаимоотношениями между мозговыми патологическими нарушениями, психическими процессами и поведением, мы переходим к рассмотрению некоторых наиболее часто встречающихся и важных нейропсихологических клинических синдромов.

Симптомы нейропсихологических синдромов

Известно, что **синдром** представляет собой группу признаков и симптомов, формирующих кластер. Нейропсихологические синдромы включают множество признаков, сходных с теми, которые обнаруживаются при шизофрении, нарушениях настроения и определенных личностных расстройствах II оси, но предполагается, что эти синдромы отражают патологические изменения головного мозга. Специфика патологии головного мозга может варьировать; она может быть результатом заболевания мозга или лишения химического вещества, от которого пациент стал физиологически зависимым. Для наших целей мы разделим все синдромы на шесть категорий: 1) делирий, 2) деменция, 3) амнестический синдром, 4) нейропсихологический бредовый синдром, 5) нейропсихологический синдром настроения и 6) нейропсихологический личностный синдром.

Следует отметить, что у одного и того же пациента одновременно может присутствовать более чем один синдром. Кроме того, синдромы и их паттерны могут изменяться по мере развития заболевания. Как уже отмечалось, поведение, ассоциированное с некоторыми синдромами, сопровождаемые повреждением головного мозга, напоминает типы расстройств, уже описанные нами в предыдущих главах. Клиницисты никогда не должны забывать, что в основе наблюдаемых клинических явлений лежат физиологические нарушения в самом головном мозге. В противном случае возможны серьезные диагностические ошибки, например, когда клиницист ошибочно приписывает изменения настроения психологическим причинам и забывает о том, что они могут иметь нейропсихологическое происхождение или быть следствием опухоли мозга (Geschwind, 1975; Malamud, 1975; Purisch & Sbordone, 1997; Weinberger, 1984).

Делирий

Синдром, называемый «делирий», характеризуется относительно быстрым началом широкой дезорганизации высших психических процессов; его вызывают общие нарушения метаболизма головного мозга. Делирий может развиться из нескольких состояний, в том числе травмы головы, токсических воздействий или метаболических нарушений, кислородного голодания, недостаточного поступления крови в ткани мозга или резкого прекращения поступления алкоголя и других соединений в случае развившегося привыкания. Нарушается способность к переработке информации, затрагиваются такие важные функции, как внимание, восприятие, память и мышление; пациент может страдать от пугающих галлюцинаций. Синдром часто включает в себя аномальную психомоторную деятельность (например, нанесение беспорядочных ударов) и нарушения цикла сна. Делирий отражает сбой функционального единства головного мозга. В этом смысле его следует расценивать как состояние, отстоящее от комы всего лишь на один шаг и которое может закончиться ею. Человек, страдающий делирием, не способен к целенаправленной психической деятельности любого рода; по-видимому, опыт, переживаемый человеком в данный текущий момент, не связан с суммой ранее накопленных знаний. Как правило, состояние делирия носит острый характер и редко продолжается более недели, заканчиваясь выздоровлением или, реже, смертью вследствие лежащей в основе делирия травмы или болезни.

Деменция

Основной признак деменции — прогрессирующее ухудшение функции мозга, наблюдающееся часто после завершения его созревания (старше 15-летнего возраста). В самом начале заболевания человек живо и адекватно реагирует на события окружающей среды. На ранних стадиях заболевания обычно нарушается функционирование эпизодической (память на события), но не обязательно семантической (язык и понятия) памяти; особенно страдает память о недавних событиях. Пациенты, страдающие деменцией, демонстрируют прогрессирующее ухудшение абстрактного мышления, приобретения новых знаний и навыков, визуально-пространственного восприятия, двигательного контроля, решения задач и формирования суждений. Это ухудшение сопровождается личностными нарушениями и потерей мотивации. Обычно деменция сопровождается нарушениями эмоционального контроля, моральной и этической восприимчивости; такому человеку, например, могут быть свойственны грубые сексуальные притязания. Деменция может быть прогрессирующей или статической, чаще первой; иногда она носит обратимый характер. Течение болезни зависит от широкого спектра лежащих в ее основе факторов.

Причины, вызывающие деменцию, весьма разнообразны. Сюда относятся дегенеративные процессы, которые часто, но не всегда, развиваются у пожилых людей. Причиной могут быть и неоднократные цереброваскулярные нарушения (удары); некоторые инфекционные заболевания: сифилис, менингит, СПИД; внутричерепные опухоли и абсцессы; определенный дефицит питания; тяжелые или многократные травмы головы; аноксия (нехватка кислорода); попадание токсических веществ в организм. Как видно из табл. 13.1, наиболее частой причиной деменции являются дегенеративные заболевания головного мозга, прежде всего болезнь Альцгеймера.

Таблица 13.1

Деменция у 417 пациентов с точно установленным диагнозом

Диагноз	Количество случаев	Процент
Болезнь Альцгеймера или деменция неизвестного происхождения	199	47,7
Алкогольная деменция	42	10,0
Мультиинфарктория деменция (Васкулярная деменция)	39	9,4
Гидроцефалия с нормальным давлением	25	6,0
Внутричерепные опухоли	20	4,8
Болезнь Гентингтона	12	2,9
Токсические препараты	10	2,4
Посттравматическая	7	1,7
Другие идентифицированные заболевания, сопровождающиеся деменцией*	28	6,7
Псевдодеменции**	28	6,7
Деменция не установленной природы	7	1,7

* Включая эпилепсию, субарахноидальную геморрагию, энцефалит, боковой амиотрофический склероз, болезнь Паркинсона, гипертиреоз, сифилис, заболевания печени, эпизоды церебральной гипоксии; они встречаются с частотой менее 1%.

** Включая депрессию (16 случаев), шизофрению (5), манию (2), «истерию» (1) и не сопровождающиеся деменцией (4 случая).

Источник: Wells (1979)

Амнестический синдром

Основной характеристикой амнестического синдрома служит явный дефицит способности вспомнить текущие события спустя несколько минут после того, как они произошли. Непосредственная память, или, реже, память на события, которые произошли до развития заболевания, может сохраняться практически неповрежденной, равно как память на слова и понятия. Индивид, страдающий амнезией, в типичном случае живет или в текущем моменте, или в далеком прошлом; недавнее прошлое, как правило, становится недоступным. Здесь следует добавить, что вопрос о том, является ли недавнее прошлое абсолютно недоступным, порождает различные интерпретации. Некоторые факты говорят о том, что такие индивиды способны признавать и даже вспоминать события недавнего прошлого, если им дают достаточное количество подсказок, которые указывают на получение такой информации ранее. Таким образом, некоторая часть трудностей с памятью может быть обусловлена дефектами в механизме воспроизведения, а не сбоем самого запоминания.

В отличие от синдрома деменции, общие когнитивные функции при амнестическом синдроме могут оставаться относительно интактными. Таким образом, больной человек может быть в состоянии выполнять сложные задания, если они содержат ясные указания на уже выполненные этапы этого задания; в противном случае индивид может бесконечно повторять одну и ту же процедуру. Теоретически это расстройство затрагивает, главным образом, взаимодействие между системами кратковременной и долговременной памяти; содержание первой, всегда ограниченное по

объему и продолжительности запоминания, не сохраняется таким образом, чтобы к нему был легкий доступ или оно могло легко воспроизводиться (Hirst, 1982).

При наиболее распространенных формах амнезии (связанных с привыканием к алкоголю или барбитуратам) повреждения структур головного мозга могут быть необратимыми; при этом у человека не восстанавливается способность приобретать новую информацию и возможность, в случае необходимости, извлекать ее. Амнестический синдром может вызывать широкий спектр патологических состояний, в том числе поддающихся медицинской коррекции. В этих случаях, в зависимости от природы и степени повреждения затронутых нервных структур и проведенного лечения, синдром может пройти полностью, частично или сохраниться навсегда. Существует большое количество методик, направленных на восстановление памяти на недавние события у страдающих амнезией пациентов. (Gouvier et al., 1997).

Нейропсихологический бредовый синдром

Нейропсихологический бредовый синдром характеризуется развитием ложных убеждений и системы установок на фоне известного или предполагаемого повреждения головного мозга; такое развитие связывают, главным образом, с имеющейся органической патологией головного мозга. Содержание бреда варьирует в зависимости от конкретной этиологии. Например, отчетливо параноидные бредовые системы подозрительности и преследования обычно наблюдаются при длительном злоупотреблении амфетаминовыми препаратами, тогда как бред величия и экспансии более характерен для нейросифилиса (общего пареза), который, к счастью, сейчас встречается редко. У многих пациентов на ранней стадии болезни Альцгеймера развивается бред ревности, такие люди обвиняют своих, нередко пожилых, супругов в измене. Другими этиологическими факторами нейропсихологического бредового синдрома становятся травмы головы и внутричерепные опухоли.

Нейропсихологический синдром настроения

В ряде случаев серьезные расстройства поведения развиваются в результате нарушения нормальной физиологии церебральной деятельности. Эти состояния напоминают симптомы, наблюдающиеся при депрессивных или маниакальных расстройствах настроения. Тяжелые депрессивные синдромы, связанные или не связанные с органической патологией, могут проявляться как деменции, поэтому к ним



Этот мужчина страдает болезнью Паркинсона, которая может быть связана с нейропсихологическим синдромом настроения, кластером симптомов, сходных с теми, которые наблюдаются в случае депрессивных или маниакальных расстройств настроения.

нередко применяют термин *псевдодеменция*. С другой стороны, субъективные жалобы пожилых людей на потерю памяти могут служить предвестником развивающейся деменции (Schmand et al., 1997b). Течение нейропсихологического расстройства сильно варьирует в зависимости от природы органической патологии, и изменения настроения могут быть минимальными или тяжелыми. Нейропсихологические синдромы настроения вызваны цереброваскулярными инцидентами (ударами), болезнью Паркинсона, травмой головы, резким отказом от определенных препаратов, внутричерепными опухолями или опухолями желез внутренней секреции, а также чрезмерным употреблением стероидных препаратов (адренокортикоидов) и некоторых других лекарственных средств. Конечно, осознание утраты мозговых функций или безнадежная перспектива сами по себе могут вызвать депрессию у человека, поэтому в процессе постановки данного диагноза требуется специальный подход к пациенту, которого мучают пессимистические мысли относительно исхода заболевания (Teri & Wagner, 1992; Teri et al., 1997).

Нейропсихологические личностные синдромы

Личностные изменения индивида или черты, появившиеся после травмы головного мозга того или иного происхождения — основная черта нейропсихологических личностных синдромов. С социальной точки зрения эти изменения носят негативный характер; они могут включать в себя нарушение социальных оценок, уменьшение контроля над эмоциями и импульсами, падение интереса к последствиям своего поведения и неспособность осуществлять целенаправленную деятельность. Нейропсихологический личностный синдром может быть вызван множеством причин, а течение заболевания зависит от его этиологии. В отдельных случаях, когда болезнь вызвана лекарственными препаратами, она может носить временный характер. Однако чаще данная патология служит первым признаком надвигающегося ухудшения, когда, например, мягкий и добрый старик пристает с сексуальными предложениями к ребенку или когда консервативный администратор неожиданно втягивается в финансовые авантюры. Множество фактов свидетельствует о том, что обычным признаком органического личностного синдрома может быть поражение лобных долей (Bennett, Dittmar & Ho, 1997; Sherwin & Geschwind, 1978; Stuss, Gow & Heatherington, 1992), прежде всего правой лобной доли (Borod, 1992).

В классификации *DSM-IV* несколько различных психических расстройств, которые связаны с мозговыми нарушениями или другими патологическими состояниями, в том числе обусловленные злоупотреблениями наркотиками и алкоголем, приводят лишь к временным физиологическим нарушениям (см. главу 10). Нарушения функционирования головного мозга, которые мы обсудим в следующих разделах этой главы, длительны, при этом отмечается значительное повреждение структур головного мозга, но вместе с тем эмоциональные, мотивационные и поведенческие реакции индивида здесь также играют важную роль. Несомненно, как отмечалось ранее, часто невозможно провести грань между плохим адаптивным поведением, вызванным непосредственно нейропсихологической дисфункцией, и психологической реакцией индивида на переживаемые трудности и утрату прежних способностей (Bennett et al., 1997; Fabrega, 1981; Geschwind, 1975; Teri & Wagner, 1992).

Мы подробно обсудим три типа нейропсихологических психических расстройств: 1) ВИЧ-1 инфекцию головного мозга, 2) деменцию по типу Альцгейме-

ра и 3) расстройства, связанные с травматическим повреждением головного мозга. Мы кратко коснемся васкулярной (ранее именуемой мультиинфарктной) деменции сразу после раздела, посвященного деменции по типу Альцгеймера, главным образом для того, чтобы показать различия между этими заболеваниями.

Нейропсихологическое расстройство при ВИЧ-1 инфекции

Как мы узнали из главы 8, действие, которое оказывает ВИЧ-инфекция 1-го типа, приводит к уязвимости пациента перед другими инфекциями. В начале 1980-х годов, когда впервые наблюдали нейропсихологические синдромы у пациентов, больных СПИДом, было высказано предположение о развитии данного синдрома в результате вторичной инфекции или опухоли в головном мозгу, а также ослабленности иммунной системы. В 1983 году Шнайдер с коллегами (Snider et al., 1983) опубликовали работу, доказывающую, что само присутствие вируса ВИЧ-1 (или его мутантной формы) может повлечь нарушение функционирования клеток головного мозга. В настоящее время известно несколько форм таких ВИЧ-индуцированных отклонений центральной нервной системы, некоторые из которых явно связаны с возникновением психотических (например, бредовых) явлений (Sewell et al., 1994). Сегодня основное внимание сфокусировано на **комплексе деменция-СПИД (КДС)** общей утрате когнитивных функций, развивающейся у значительной части больных СПИДом.

Нейропатология КДС включает различные изменения головного мозга: общую атрофию, отек, воспаление и островки демиелинизации (утрату миелиновой оболочки вокруг нервных волокон), описанные многими исследователями (Adams & Ferraro, 1997; Gabuzda & Hirsch, 1987; Gray, Gherardi & Scaravilli, 1988; Price et al., 1988a; Sewell et al., 1994). Все области мозга могут оказаться пораженными, но, по-видимому, повреждения сосредоточиваются в основном в субкортикальных районах, особенно в белом веществе, ткани, окружающей желудочки головного мозга, и глубинных слоях серого вещества, например базальных ядрах и таламусе. На вскрытии такие изменения выявляются у 90% больных СПИДом (Adams & Ferraro, 1997).

Типичные особенности

Нейропсихологические признаки СПИДа, которые, как правило, появляются на поздней стадии ВИЧ-инфицирования (хотя зачастую еще до развития самого СПИДа), обычно начинаются с психомоторного торможения, ослабления концентрации, затруднений памяти и иногда некоторой неуклюжести движений. Эти явления обычно быстро прогрессируют, во многих случаях в течение одного года развивается отчетливая деменция, хотя описаны и более продолжительные сроки ее формирования. Обычно, и это согласуется с результатами вскрытий, нейропсихологические факты свидетельствует о нарушении мозговых функций на субкортикальном уровне, что подтверждается выраженным замедлением времени реакции (Law & Mapou, 1997). Поздние фазы КДС могут носить довольно тяжелый характер и характеризоваться регрессом поведения, спутанностью, психотическим мышлением, апатией и выраженным уходом в себя, что ведет к тому, что перед смертью человек оказывается прикованным к постели (Navia, Jordan & Price, 1986; Price et al., 1988a, 1988b).

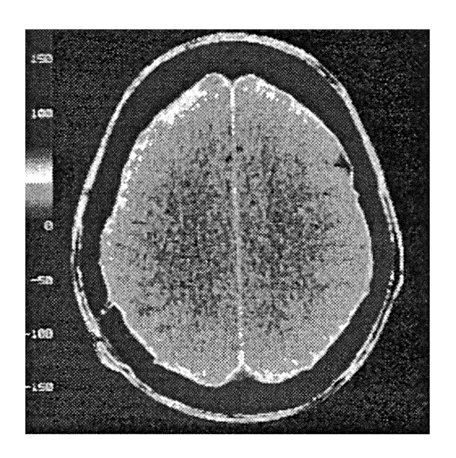
Исследования распространенности

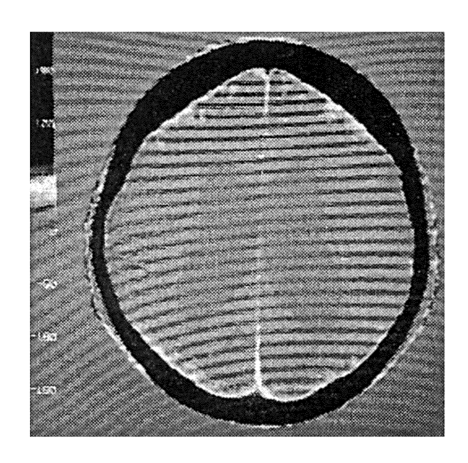
У 38% из 121 живых пациентов, страдающих СПИДом, которых обследовали Навия с соавторами (Navia, Jordan & Price, 1986), в соответствии с критериями *DSM*, наблюдались деменции. Пациенты **с комплеком, обусловленным СПИДом (КОС)**, ВИЧ-инфицированные, страдающие малыми инфекциями, проявляющимися различными неспецифическими симптомами (например, лихорадка неясной природы, изменения форменных элементов крови), также могут испытывать нарушения когнитивных функций. Однако нарушения когнитивных функций часто бывают незначительными, поэтому их сложно обнаружить при клиническом наблюдении или с помощью стандартных нейропсихологических тестов (Law & Mapou, 1997). В ходе одного из исследований (Grant et al., 1987) установлено, что у 54% пациентов с КОС выявлялись определенные нарушения при прохождении комплекса нейропсихологических тестов. В других исследованиях (см. обзоры: Grant & Heaton, 1990; Law & Mapou, 1997) представлены противоречивые данные о нейропсихологических отклонениях у людей, не имеющих симптомов ВИЧ-инфекции и находящихся на стадии, предшествующей нейропсихологическому расстройству, у которых был выявлен вирус ВИЧ-1. Нейропсихологические нарушения были обнаружены у большинства инфицированных людей в ходе общенационального исследования (Maj et al., 1994). Авторы подчеркивают слабую выраженность обнаруженных нейропсихологических нарушений и отсутствие сколько-нибудь существенного влияния их на социальное поведение. Депрессия, часто сопровождающая ВИЧ-инфекцию, видимо, не учитывалась во время выполнения нейропсихологического теста этими пациентами (Beason-Hazen, Nasrallah & Bornstein, 1994; Law & Mapou, 1997).

Заражение вирусом ВИЧ-1, помимо влияния на иммунную систему, представляет серьезную угрозу анатомической интеграции головного мозга. У некоторых больных СПИДом болезнь не затрагивает центральную нервную систему; причина такой защищенности нервной системы неизвестна.

Вопрос о лечении КОС тесно связан с проблемой контроля и искоренения самой инфекции ВИЧ-1. Вплоть до самого последнего времени не было никакой уверенности в перспективах борьбы со СПИДом ввиду сложности структуры и жизненного цикла этого ретровируса. (McCutchan, 1990). В настоящее время получены некоторые обнадеживающие результаты благодаря достижениям антивирусной терапии; есть все основания полагать, что эти средства смогут улучшить когнитивные и неврологические функции, хотя полное их восстановление вряд ли возможно (Adams & Ferraro, 1997; Law & Mapou, 1997). К сожалению, эксперименты с лечением *zidovudine* (*AZT*) свидетельствуют, что обнадеживающий эффект может оказаться временным, поскольку вирус постепенно приспосабливается к антивирусным препаратам.

Таким образом, профилактика заражения остается единственной надежной стратегией защиты, что ранее было справедливо и в случае нейросифилиса, еще одного заболевания, передающегося половым путем и чреватого развитием деменции. Человечество не справляется с контролем распространения болезней, передающихся половым путем, посредством случайных сексуальных связей, и, как уже отмечалось в главе 8, эта ситуация повторяется в случае вируса ВИЧ-1.





Компьютерная томография демонстрирует явные различия между нормальным головным мозгом (слева) и мозгом человека, предположительно страдающего деменцией Альцгеймера (справа). Снимки потверждают расширение желудочков (больших полостей, расположенных глубоко в мозге) вследствие дегенерации ткани мозга.

Деменция по типу Альцгеймера

Хотя деменция, осложняющая многие случаи заражения ВИЧ-1, представляет собой очень серьезную проблему, особенно для семьи и друзей пострадавших, ее значение уступает тем трудностям, с которыми сталкивается общество, пытаясь совладать с деменцией — самым выраженным аспектом болезни Альцгеймера, официально именуемой (согласно I оси *DSM-IV*) **деменцией при болезни Альцгеймера (ДБА)**. ДБА получила свое название в честь Алоиза Альцгеймера, немецкого нейропсихиатра, впервые описавшего это заболевание в 1907 году.

Всем известно, что с возрастом во всех внутренних органах накапливаются повреждения. Причины этих нарушений остаются, в основном, неизвестными; наука еще до конца не решила загадку старения. Несомненно, процессы старения не щадят и мозг. Со временем он также дегенерирует. Психические расстройства, которые иногда сопровождают дегенерацию мозга и случаются в пожилом возрасте, традиционно называются **старческим слабоумием (сенильной деменцией)**. К сожалению, в редких случаях развиваются состояния, ведущие к дегенеративным изменениям тканей мозга в более раннем возрасте. Расстройства, связанные с такой более ранней дегенерацией головного мозга, известны под названием **пресенильная деменция.**

Пресенильная деменция отличается от сенильной не только тем, что проявляется в более раннем возрасте, но и другими поведенческими особенностями и изменениями в тканях мозга (см. справку 13.1.). Важным исключением является болезнь Альцгеймера, которая представляет собой типичное и распространенное старческое расстройство, которое у некоторых людей может начинаться в более раннем возрасте. Болезнь Альцгеймера связана с характерным синдромом деменции и характеризуется незаметным началом, протекает обычно медленно, но с прогрессирующими нарушениями, и заканчивается делирием и смертью.

Клиническая картина ДБА

Часто диагностика ДБА трудна и неопределенна (Debettignles et al., 1997). Основной причиной этих трудностей служит невозможность с уверенностью установить присутствие характерной для болезни Альцгеймера нейропатологии (будет описана далее) у живых пациентов. Диагноз обычно ставится только после того, как исключают все остальные причины деменции благодаря изучению истории болезни и семейной истории, различным методам обследования и лабораторных анализов. Техника получения изображения головного мозга, например с помощью ядерного магнитного резонанса, может дать дополнительные доказательства патологии в случае обнаружения увеличенных желудочков или расширенных складок (борозд) коры больших полушарий, указывающих на атрофию мозга. К сожалению, несколько других патологических состояний, так же как и нормальное старение, характеризуются атрофией сходного типа, что в настоящее время делает невозможной постановку окончательного диагноза ДБА без проведения вскрытия. Неудивительно, что многие современные исследования посвящены способам обнаружения надежных прижизненных критериев диагностики ДБА.

У пожилых людей болезнь Альцгеймера обычно начинается постепенно, с медленного психического распада личности. В некоторых случаях толчком может стать физическая болезнь или другие стрессовые события, но обычно индивид впа-

СПРАВКА 13.1

Пресенильная деменция

Помимо раннего начала болезни Альцгеймера, существуют еще две формы пресенильной деменции, которые встречаются достаточно часто: болезнь Пика и болезнь Гентингтона.

Болезнь Пика (впервые описанная Арнольдом Пиком из Праги, в 1892 году) встречается реже, чем ранняя болезнь Альцгеймера, и представляет собой дегенеративное поражение головного мозга, которое обычно начинается в возрасте 45–50 лет. Ее причина неизвестна. Женщины в большей степени подвержены данному заболеванию, чем мужчины, примерное соотношение заболевших составляет 3 : 2. Начинается болезнь медленно и исподволь, наблюдаются затруднения мышления, незначительные дефекты памяти, легкая утомляемость и часто характерные изменения в виде ослабления социального торможения. На первых этапах происходит очаговая атрофия лобных и височных долей; по мере того как атрофия прогрессирует, психические нарушения усугубляются, развиваются апатия, дезориентация и нарушение ряда мозговых функций. Болезнь обычно заканчивается летальным исходом через 2–7 лет.

Болезнь Гентингтона – генетически обусловленное (аутосомный доминантный ген) дегенеративное повреждение центральной нервной системы. Она была впервые описана американским неврологом Джорджем Гентингтоном в 1872 году. Частота встречаемости примерно составляет 5 случаев на 100 тыс. человек. Болезнь обычно начинается в возрасте 30–50 лет. Заметные нарушения поведения часто возникают за несколько лет до появления обнаруживаемых неврологических признаков. Болезнь характеризуется хронической прогрессирующей хореей (непроизвольными и беспорядочными резкими, подергивающимися движениями) и психическими нарушениями, ведущими к смерти в течение 10–20 лет. В настоящее время болезнь Гентингтона не удается ни вылечить, ни остановить ее развитие. Однако ее можно предупредить, хотя бы теоретически, благодаря генетическому консультированию, поскольку возможность возникновения заболевания подчиняется известным законам генетики.

дает в слабоумие почти незаметно, поэтому невозможно точно определить начало заболевания. Клиническая картина может сильно варьировать у разных людей в зависимости от природы и степени дегенерации мозга, преморбидной личности индивида, наличия стрессовых факторов и поддержки, оказываемой окружающими.

Первым признаком заболевания часто оказывается постепенный уход человека от активного участия в жизни. Происходит сужение социальной активности и интересов, снижение сообразительности и умственной приспособляемости, толерантности к новым идеям и повседневным проблемам. Часто мышление и активность вращаются вокруг самого себя и приобретают детский характер, включая увлеченность физиологическими функциями: едой, пищеварением и испражнением. По мере того как эти изменения (характерные, но в меньшей степени, для всех пожилых людей) становятся все глубже, появляются дополнительные симптомы нарушения памяти о недавних событиях, «пустая» речь (в которой сохраняются грамматика и синтаксис, но на смену осмысленному обмену мнениями приходят неопределенные и бессмысленные выражения, например: «Прекрасный день, но может пойти дождь»), путаница, ошибочность суждений, ажитация и периоды помешательства. Специфические симптомы могут сильно варьировать у разных пациентов, а также у одного и того же пациента в разные дни; то есть клиническая картина очень разнородна вплоть до последних стадий заболевания, когда пациент доходит до растительного уровня. Несомненно, здесь также наблюдаются индивидуальные вариации в скорости развития заболевания. В редких случаях симптомы могут развиваться в обратном направлении, а функции частично восстанавливаться, но в случае истинной ДБА эти улучшения неизбежно носят временный характер.

На последних стадиях болезнь Альцгеймера характеризует выраженный паттерн редукции до растительного существования и, в конце концов, смерти, чему не в состоянии противостоять ограниченные защитные ресурсы больного. Вплоть до этой стадии в поведении пациентов наблюдаются некоторые различия. Благодаря таким индивидуальным особенностям, данный конкретный больной может демонстрировать один из нескольких доминирующих поведенческих паттернов, описанных ниже.

Примерно половина всех пациентов, страдающих ДБА, демонстрирует простую деградацию. Больные постепенно утрачивают различные психические способности, как правило, начиная с воспоминаний о недавних событиях, и прогрессируют в сторону дезориентации, бедности суждений, пренебрежения личной гигиеной и утраты контактов с действительностью вплоть до того, что становятся неспособными к независимому существованию взрослых людей. Явные психопатологические симптомы (такие, как бред), если они присутствуют, чаще носят временный характер. Далее описан случай (мужчина вышел на пенсию за 7 лет до госпитализации), который представляет собой типичную простую деградацию, наступившую в результате ДБА.

Разбор случая: инженер, страдающий ДБА. На протяжении последних пяти лет у больного прогрессировала утрата интереса к окружающему миру, а на протяжении последнего года он все сильнее «впадал в детство». Жена и старший сын привезли его в больницу, поскольку почувствовали, что не в состоянии более заботиться о нем дома, главным образом из-за внуков. Они утверждали, что он небрежен в еде и отправлении других привычек, не спит и бродит по ночам. Больной ничего не помнит о том, что произошло днем, но непрерывно болтает о событиях своего детства и юности.

После обращения в госпиталь у пациента стали быстро развиваться психические нарушения. Он редко мог вспомнить то, что случилось несколько минут тому назад, но хорошо помнил далекие события своего детства. Когда его навещали жена и дети, он ошибочно принимал их за старых друзей, но ничего не помнил о визите через несколько минут после того, как они уходили. Приведенный короткий разговор с пациентом, который произошел после 9-месячного пребывания в госпитале и примерно за три месяца до его смерти, показывает дезориентацию во времени и личности.

Врач: Как вы себя сегодня чувствуете?

Пациент: О... здравствуйте [недоуменно смотрит на доктора, пытаясь понять, кто это].

Врач: Вы знаете, где вы сейчас находитесь?

Пациент: Ну, да... Я дома. Этим летом я должен покрасить дом. Его давно нужно было покрасить, но я все время откладывал на потом.

Врач: Вы можете сказать, какое сегодня число?

Пациент: Сегодня не воскресенье... Да, дети приходят сегодня на обед. Мы всегда обедаем всей семьей по воскресеньям. Моя жена была здесь минуту назад, но я думаю, что она вышла на кухню.

Реже при болезни Альцгеймера у пациента развивается явно параноидное отношение к окружающему миру, он становится чрезмерно подозрительным и часто убежден, что остальные замешаны в нечистоплотных махинациях. Это часто сопровождается отказом от сотрудничества и словесными оскорблениями, что значительно осложняет уход за больным и вызывает стресс. На ранних этапах заболевания при таком паттерне когнитивные нарушения, характерные для болезни Альцгеймера (потеря памяти, дезориентация), могут быть невыраженными, что позволяет человеку быть достаточно наблюдательным и даже логичным в своих попытках угрожать деятельности других людей. При этой форме расстройства преобладает тема виктимизации, обычен и так называемый бред ревности, при котором человек упорно обвиняет своего партнера или супруга (который часто находится в преклонном возрасте и страдает физической немощью) в сексуальной измене. Членов семьи могут обвинять в различных нечестных поступках, например в отравлении пищи пациента и попытке украсть его сбережения. К счастью, карательные действия против «злодеев» в виде физических нападений встречаются не особенно часто, но иногда отмечается склонность к дракам, что намного затрудняет уход за пациентом. В недавно проведенном исследовании (Gilley et al., 1997) было установлено, что у 80% пациентов, страдающих ДБА и склонных к физической агрессии, был бред.

Параноидные тенденции, как правило, развиваются у восприимчивых и подозрительных людей. Существующие личностные особенности явно усиливаются при дегенеративных изменениях в головном мозгу и стрессе, которые сопровождают процессы старения. Как правило, пациенты на поздних стадиях болезни Альцгеймера не осознают свои когнитивные недостатки (Vasterling, Seltzer & Watrous, 1997; Wagner et al., 1998) и, следовательно, не соотносят с этим происходящие с ними негативные события.

Довольно редко у пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера, наблюдаются иные паттерны. Некоторые пациенты испытывают замешательство, но дружелюбны, у них часто наблюдаются нарушения памяти и тенденция к занятиям бессмыс-

ленной деятельностью, например сбор бесполезных предметов или исполнение ритуальных действий. Другие пациенты становятся чрезвычайно ажитированными, что может сопровождаться (или не сопровождаться) депрессией с заламыванием рук. Находящиеся в депрессии пациенты с болезнью Альцгеймера чрезвычайно склонны к патологическим занятиям и бреду, например ипохондрическим идеям о том, что они страдают множеством ужасных заболеваний, которые часто считают наказанием за грехи, совершенные на протяжении своей жизни. В этих случаях возможным исходом становится самоубийство, если пациенты физически способны совершить его.

Типичный пациент, страдающий болезнью Альцгеймера, это пожилой человек. Большинство больных действительно находятся в преклонном возрасте, но ДБА, представляющая собой пресенильную деменцию, иногда начинается в возрасте 40–50 лет; в таких случаях болезнь и связанное с ней слабоумие прогрессируют очень быстро (Heyman et al., 1987). Существуют факты, свидетельствующие в пользу весомого влияния генетики на раннее начало ДБА (Davies, 1986), хотя в развитии патологии могут быть задействованы различные гены (Breitner et al., 1993). Раннее начало развития заболевания у относительно молодых и энергичных пациентов особенно сильно показывает трагедию болезни Альцгеймера.

Многие люди с болезнью Альцгеймера при соответствующем лечении, которое включает в себя применение лекарственных препаратов и поддержание спокойного, обнадеживающего и не провокационного социального окружения, демонстрируют некоторые симптомы улучшения. Тем не менее разрушения в течение нескольких месяцев или лет ведут к смерти. Пациенты забывают своих родных, оказываются прикованными к постели и ведут растительное существование. Сопротивление болезням уменьшается, и смерть обычно наступает из-за пневмонии или аналогичных респираторных или сердечных заболеваний.

Распространенность ДБА

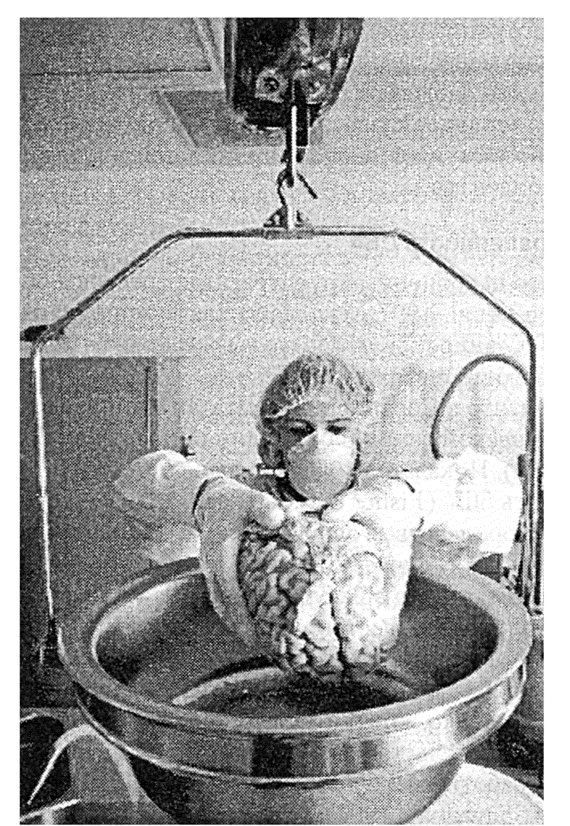
Острота проблемы ДБА, которую часто недооценивают, затрагивает ресурсы общества и семьи, как экономические (Ernst et al., 1997; Max, 1993), так и эмоциональные (см. ниже). Как следует из табл. 13.1, данное расстройство вызывает значительную часть всех случаев деменции любого происхождения. Эта доля, несомненно, больше для пожилых людей. Считается, что в Соединенных Штатах один из шести людей старше 65 лет страдает клинической деменцией, а один из десяти в этом же возрасте — от ДБА (Evans et al., 1989). Показатель распространенности ДБА у людей в возрасте 85 лет может достигать 50% (Fisher & Carstensen, 1990). Исследования, проведенные в Соединенном Королевстве, говорят о том, что в интервале 75—89 лет каждые пять лет количество новых случаев ДБА возрастает примерно в 2 раза (Paykel et al., 1994). Таким образом, только в Соединенных Штатах сейчас живут больше 4 млн больных, и это количество быстро растет по мере старения населения. От 30 до 40% обитателей домов престарелых страдают данным заболеванием. Некоторые из этих пациентов находятся в психиатрических лечебницах и аналогичных заведениях. Большая часть, однако, живет в обществе, обычно вместе с семьей (Gurland & Cross, 1982), и это обстоятельство, как правило, становится источником сильного стресса для тех, кто заботится о больных (Brane, 1986; Fisher & Carstensen, 1990; Intrieri & Rapp, 1994; Shaw et al., 1997).

Перспективы в отношении распространения ДБА вызывают определенную тревогу. Все чаще люди доживают, по крайней мере, до 65 лет, а во втором десятилетии XXI века первые представители многочисленного послевоенного поколения «бэби-бума» вступят в возраст максимального риска. Если к тому времени мы не решим проблему профилактики (или остановки на ранних стадиях) ДБА, общество столкнется с насущной проблемой заботы о миллионах слабоумных, но здоровых в других отношениях пожилых гражданах. Можно ожидать, что эти граждане будут подвержены ажитации, уходу из дома вследствие тяги к бродяжничеству, неадекватному сексуальному поведению, неконтролируемым пищевым привычкам, нарушениям сна, бессмысленному навязчивому поведению, непредсказуемым взрывам агрессии и многим другим проблемам. Нежелательные семейные, социальные и экономические последствия, уже и так достаточно серьезные, могут стать поистине разрушительными (Fisher & Carstensen, 1990).

Причины ДБА

Как мы увидим далее, быстрые темпы исследования болезни Альцгеймера уже привели к важным результатам. Было установлено, что причины этого заболевания сложны и разнообразны; дело отнюдь не в том, что люди рождаются с дефектными генами. Мы сосредоточим наше внимание на фактах нейропатологии ДБА, а также на все еще загадочном взаимодействии генетики и окружающей среды, которое, как полагают, лежит в основе развития этого заболевания.

Нейропатология. Изменения в структуре головного мозга при болезни Альцгеймера уже известны. Их выявляют с помощью микроскопического исследования образцов ткани мозга и они включают в себя три компонента: 1) повсеместное появление многочисленных сенильных бляшек — маленьких уча-



Некоторые заболевания мозга, в том числе и болезнь Альцгеймера, можно с определенностью диагностировать только после вскрытия. Клиницисты должны быть очень осторожны с постановкой диагноза пациентам из-за потенциально серьезных последствий ошибки.

стков окрашенного в темный цвет вещества, которое частично является разрушенными нервными окончаниями; 2) нарушение расположения нейрофибрилл (белковых филаментов) в телах нервных клеток; и 3) аномальное появление мелких полостей в нервной ткани, называемых грануловакуолями, вследствие дегенерации клеток. Сегодня окончательное подтверждение диагноза ДБА опирается на выявление этих изменений в образцах ткани, и именно поэтому оно возможно только после смерти пациента. Когда количество этих микроскопических изменений мозгового вещества достигает определенного уровня, развивается общая атрофия головного мозга, которую, как уже говорилось, можно увидеть у живых пациентов благодаря специальным методам изображения.

Еще одно изменение, наблюдаемое при ДБА, касается нейромедиатора ацетилхолина, который играет важную роль в процессах памяти. Поскольку ДБА характеризуется обширным разрушением нейронов, главным образом в области гиппокампа (Adler, 1994; Mori et al., 1997b), существующие факты позволяют сделать предположение о том, что группа тел нейронов, расположенных в базальной части переднего мозга и участвующая в секреции ацетилхолина, подвергается самому раннему и сильному повреждению (Whitehouse et al., 1982). Эти и аналогичные наблюдения (например, Wester et al., 1988) послужили толчком к созданию теории истощения, объясняющей этиологию ДБА. Согласно этой теории, первичная причина заболевания состоит в недостаточном количестве ацетилхолина в головном мозге. Хотя факты не позволяют прийти к окончательному заключению о причинах данного заболевания, эта теория охватывает довольно широкий спектр исследований. Например, временное состояние, напоминающее ДБА, можно вызвать у здоровых людей, если давать им препараты, блокирующие ацетилхолин (Kopelman, 1986). Относительно новое лекарство такрин, повышающее доступность ацетилхолина для ткани мозга, приносит временное облегчение и улучшает когнитивные функции у некоторых больных ДБА (Whitehouse, 1993). Кроме того, уменьшение в головном мозге количества ацетилхолина у пациентов, страдающих данным заболеванием, коррелирует со степенью выявленных повреждений нейронов (бляшек, нарушения расположения нейрофибрилл) (Debettignles et al., 1997).

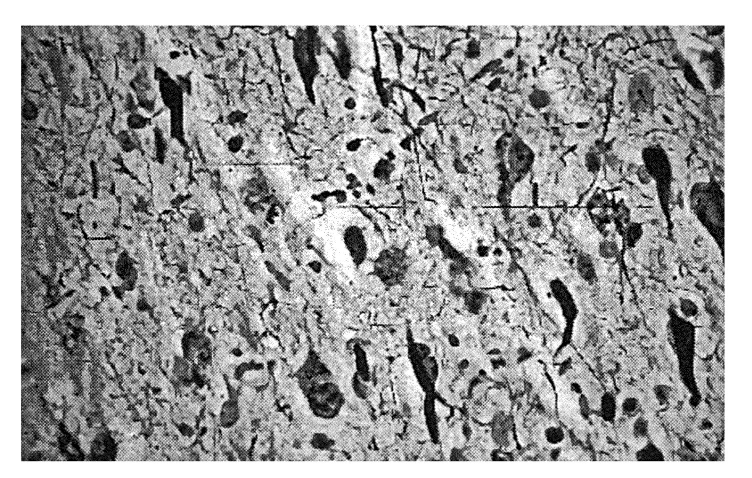
Если предположить, что уменьшение количества ацетилхолина играет некоторую роль в развитии симптомов ДБА, остается вопрос о месте этого явления в предполагаемой цепи причин возникновения данной патологии. Что, например, приводит к дегенерации клеток, выделяющих ацетилхолин? Для ответа на этот вопрос было выдвинуто несколько гипотез, но ни одна не получила всеобщего признания.

Некоторые исследователи пытаются связать причину заболевания ДБА с появлением сенильных бляшек и нарушением структуры нейрофибрилл. Известно, что детрит окружен клейкой белковой субстанцией, называемой бета-амилоид. Это вещество (и его предшественник) присутствует также в аномальных количествах в других участках головного мозга пациентов, страдающих ДБА (Gajdusek, 1986; Hardy et al., 1986; Kang et al., 1987), и оно, возможно, имеет отношение к этиологии заболевания. Недавно было показано, что бета-амилоид обладает нейротоксическим действием, вызывая гибель клеток (Seppa, 1998). Однако источник и роль аномальных скоплений этого белка в головном мозге пациентов с ДБА остаются неизвестными.

Взаимодействие генов и окружающей среды при ДБА. Предрасположенность к ДБА, даже в случаях очень позднего начала развития заболевания, может быть врожденной (Breitner, 1986; Breitner et al., 1993; Davies, 1986; Martin et al., 1997; Mohs et al., 1987; Sturt, 1986). Большое число фактов указывает на генетическую связь этого заболевания с синдромом Дауна (мы обсудим это позднее), который обычно является следствием трисомии (утроения) 21-й хромосомы. У большинства людей с синдромом Дауна, которые доживают до 40 лет, развивается деменция, демонстрирующая сходные с ДБА нейропатологические изменения (Schapiro & Rapoport, 1987, Baurer & Shea, 1986; Janicki & Dalton, 1993). Аномалии по 21-й паре хромосом наблюдаются и при ДБА (см., например: van Broeckhoven et al., 1987). Однако очевидно, что эта хромосома не может быть единственным источником генетической уязвимости в случае развития такого заболевания (Breitner et al., 1993; Clark & Goate, 1993).

Как и в случае многих других форм психопатологии, остается загадкой, каким образом генетическая предрасположенность проявляется в виде повышенного риска развития данного расстройства. В случае ДБА частично стал возможен ответ на этот вопрос благодаря открытию, сделанному в последние 10 лет: различные изоформы (генетические аллели) белка крови под названием *аполипопротеин-Е (Апо-Е)* определяют различную степень риска его развития. Всего идентифицировано три аллели, каждый человек наследует две, по одной от каждого из родителей. Одна из этих аллелей, под названием ε4 (к счастью, мало распространенная), значительно увеличивает риск позднего формирования ДБА. Таким образом, человек может унаследовать 0, 1 или 2 аллели ε4, риск возникновения заболевания возрастает у него, соответственно, во столько же раз. Другая аллель, ε2 (также довольно редкая), по-видимому, несет защиту против позднего начала ДБА и, таким образом, человеку с редкой комбинацией ε2/2 необычайно повезло с этой точки зрения. Последняя и наиболее частая форма аллели, ε3, «нейтральна» в отношении данного расстройства (например, см.: Katzman et al., 1997; Lopez et al., 1997; Martin et al., 1997; Plassman & Breitner, 1997).

Однако последние исследования не в состоянии объяснить все возможности заболевания ДБА, даже в случае его позднего начала (Bergem, Engedal & Kringlen,



На этой микрофотографии представлен образец ткани головного мозга пациента, страдающего болезнью Альцгеймера, где видны характерные бляшки (темные участки) и нейрофибриллы с нарушенной структурой (нерегулярное расположение волокон).

1997). Многие люди, унаследовавшие самый рискованный паттерн Апо-Е, не заболевают ДБА, а те, кто заболел, не несут этого фактора риска. Значительное количество однояйцевых близнецов являются дискордантными в отношении этой болезни (Bergem et al., 1997; Breitner et al., 1993). Это важное наблюдение говорит о наличии определенного влияния окружающей среды и жизненных обстоятельств (например, серьезной травмы головы), которое, в сочетании с генетической уязвимостью, ведет к патологическому исходу. По этому поводу Гац с соавторами (Gatz et al., 1994) отмечают, что многие сбои функционирования систем органов, приводящие с течением времени к фатальному исходу, в том числе и к болезни Альцгеймера, по всей видимости, не являются следствием одного-единственного фактора или даже ограниченного количества специфических факторов. Скорее, они возникают в результате накопления факторов риска, как генетических, так и со стороны окружающей среды, которые, в конце концов, превышают некий клинический порог и ведут к развитию заболевания. Несомненно, пожилой возраст увеличивает подверженность риску. Такой подход делает возможным уменьшение заболеваемости ДБА (или перенос на более поздний срок начала заболевания) путем сознательного снижения контакта с факторами риска, часть которых вполне можно контролировать, например ядовитые вещества или чрезмерное употребление алкоголя.

Лечение и исход при ДБА

В настоящее время не существует лечения ДБА — медикаментозного, психосоциального, основанного на повторном обучении или реабилитационного, включая попытки сохранения и восполнения ацетилхолина в головном мозге, которое может обратить вспять или прервать дегенеративный процесс. До тех пор пока не появятся эффективные терапевтические средства, мы будем вынуждены довольствоваться паллиативными мерами, уменьшающими страдания пациента и тех, кто заботится о нем, а также облегчать, насколько это возможно, трудности, связанные с поведенческими реакциями, вызванными этим расстройством, например драчливостью, которая намного усложняет уход за больным.

Наиболее часто встречаемые проблемы поведения, связанные с ДБА (и с другими заболеваниями, ведущими к слабоумию): бродяжничество, несдержанность, некоторые сексуальные проявления и утеря возможности самообслуживания. Здесь можно использовать контролирующие бихевиористские подходы, например систематическое подкрепление необходимых навыков (см. главу 17). Подобная терапия не обязательно должна зависеть от сложных когнитивных и коммуникативных способностей, которые у таких пациентов отсутствуют. Следовательно, такие действия могут быть подходящим терапевтическим вмешательством для этой группы пациентов. Полученные результаты вселяют некоторую надежду на уменьшение ненужной фрустрации у пациентов и трудностей у обслуживающих их лиц (Fishe & Carstensen, 1990; Mintzer et al., 1997; Teri et al., 1997).

Одним из направлений исследований ДБА стали поиски лечения, направленного на устранение выявленного недостатка ацетилхолина. Применяя препараты, которые повышают количество ацетилхолина в мозге, можно было бы улучшить его функционирование. В настоящее время к самым эффективным способам такого типа терапии относится ингибирование синтеза ацетилхолинэстеразы, основного фермента, участвующего в метаболизме ацетилхолина. На основании этого ис-

следования было разработано лекарство такрин (*Cognex*). Однако полученные клинические результаты свидетельствуют о том, что подобные эффекты достаточно ограниченны и противоречивы (Rainer, 1997; Whitehouse, 1993). Райнер (Rainer, 1997) недавно высказал предположение о том, что естественный ингибитор ацетилхолинэстеразы, галантамин, получаемый из некоторых видов растений, является более обнадеживающим средством, но в настоящее время его применение практически не исследуется.

Другие лекарственные средства могут оказать определенную помощь пациентам, испытывающим трудности при модуляции своих эмоций и импульсов. Некоторым пациентам с ДБА, страдающим депрессией, вполне обоснованно назначают антидепрессанты и стимуляторы. Однако при использовании лекарственных средств необходимо тщательно контролировать подбор дозы, поскольку могут возникнуть нежелательные эффекты, а беспомощное состояние этих пациентов часто делает их очень подозрительными по отношению к чрезмерно сильному действию лекарства.

Нейроны, погибшие при развитии нейропатологии Альцгеймера, оказываются безвозвратно утраченными; следовательно, даже если удастся обнаружить некое лечение, способное остановить деградацию мозговой ткани, прогрессирующую у пациента, серьезные нарушения функций головного мозга сохранятся. Следовательно, ключом к эффективному методу борьбы с ДБА служит профилактика или терапевтические действия уже при первых признаках болезни Альцгеймера, что могло бы сохранить основную массу нейронов головного мозга. Возможно, мы сможем идентифицировать, уменьшить и вообще устранить факторы риска из окружающей среды, которые стимулируют развитие болезни Альцгеймера (Gatz et al., 1994). Тем не менее ясно, что наиболее перспективное направление в лечении пациентов с ДБА связано с исследованием профилактических возможностей аполипротеина (Апо-Е), описанных выше. Возможна разработка таких способов терапии, которые смогут контролировать патогенные процессы, связанные с наследованием самого рискованного паттерна аллелей Апо-Е (ε3/4, ε4/4). Это было бы великолепным достижением.

Помощь лицам, осуществляющим уход

Любое всестороннее терапевтическое вмешательство должно учитывать чрезвычайно сложное положение лиц, ухаживающих за больными. По мере развития ДБА им приходится сталкиваться не только с множеством проблем, связанных с заботой о пациенте, но и с его «социальной смертью» как личности, своими собственными «предчувствиями горя» (Gilhooly et al., 1994). Эти люди находятся в группе повышенного риска развития депрессии (Cohen & Eisdorfer, 1988), особенно если это мужья, ухаживающие за больными женами (Robinson-Whelen & Kiecolt-Glaser, 1997; Tower, Kasl & Moritz, 1997). Они сами склонны к употреблению большого количества психотропных средств, и у них самих выявляются многочисленные симптомы стресса (George, 1984; Hinrichsen & Niederehe, 1994). Для того чтобы хоть немного уменьшить ношу, возложенную на тех, кто осуществляет уход за пациентами, можно использовать любые средства, способные уменьшить и облегчить их нагрузку (Costa, Whitfield & Stewart, 1989). Программы групп поддержки, например, могут помочь серьезно уменьшить переживаемый стресс и депрессию (Glosser & Wexler, 1985; Hebert et al., 1994; Kahan et al., 1985).

Помещать ли больного ДБА в специальное заведение, а если да, то когда именно — перед принятием такого тяжелого и болезненного решения стоят лица, ухаживающие за больными (Cohen et al., 1993). Немаловажное значение имеют и финансовые соображения, поскольку, в среднем, пребывание в доме престарелых примерно в 2 раза дороже, чем домашний уход (Hu, Huang & Cartwright, 1986). За большинством пациентов с ДБА осуществляется домашний уход, главным образом, в силу эмоциональных причин, таких как любовь, верность и чувство долга по отношению к больному родителю или партнеру. По крайней мере, в одном отношении решение о домашнем уходе вполне обоснованно: переезд в специальное заведение, особенно если там отсутствуют социальные стимулы и поддержка, может резко ухудшить симптомы, а иногда значительно усилить скорость развития заболевания, что еще раз свидетельствует о силе психосоциального воздействия даже в случае обширных повреждений мозга. С другой стороны, появление выраженного помешательства, грубого поведения, склонности к спорам, ступорозной депрессии, неподобающего сексуального поведения, дезориентации во времени и пространстве, не говоря уже о возможных приступах агрессии, может поставить лиц, ухаживающих за больным, в невыносимое положение. Подобное состояние лишь ухудшается со временем, и поместить пациента в специальное заведение лучше раньше, чем позже. В любом случае именно там большинство пациентов, страдающих ДБА, проводят свои последние недели, месяцы или годы.

Васкулярная деменция

Васкулярную деменцию (ВД), именуемую ранее мультиинфарктной деменцией, часто путают с ДБА вследствие сходной клинической картины прогрессирующего слабоумия и увеличения показателей частоты встречаемости по мере старения. С точки зрения нейропатологии это совершенно другая болезнь. При этом расстройстве серия четко локализованных мозговых инфарктов, которые известны под названием «микроинсульты» (остановок кровоснабжения в пределах маленьких участков мозга вследствие заболевания артерий), оказывают кумулятивный разрушающий эффект на нейроны в обширных участках головного мозга. Пораженные участки размягчаются



Дети и супруги, ухаживающие за больными ДБА, испытывают огромную нагрузку. Программы групп поддержки могут помочь уменьшить стресс и депрессивные симптомы, сопровождающие его.

и со временем могут дегенерировать, а на их месте возникают полости. Данное расстройство на ранних этапах характеризуется гетерогенной клинической картиной в отличие от ДБА (Wallin & Blennow, 1993). Однако прогрессирующая потеря клеток ведет к атрофии головного мозга и нарушениям поведения, которые удивительно напоминают картину при ДБА (Bowler et al., 1997). Развитие заболевания происходит более плавно в связи с 1) дискретным характером каждого инфаркта; 2) изменением объема крови, поступающей через закупоренную артерию, меняющегося со временем, вследствие чего снижается функциональная активность клеток, еще не уничтоженных кислородным голоданием; и 3) тенденцией к васкулярной деменции, связанной с более тяжелыми поведенческими проявлениями, например яростью (Sultzer et al., 1993). ВД встречается гораздо реже, чем ДБА, и составляет только 10% от всех случаев деменции. Основная причина этого заключается в том, что для нее характерна гораздо меньшая продолжительность заболевания, поскольку у пациента высока вероятность неожиданной смерти вследствие инфаркта или того, что один из микроинсультов затронет жизненно важные центры. Иногда у пациента одновременно развивается и ДБА, и ВД, что относится к «смешанной» деменции (Cohen et al., 1997).

Лечение ВД — рискованное и сложное — дает сегодня больше надежд, чем лечение ДБА. В отличие от ДБА, в этом случае основную проблему церебрального артериосклероза можно в какой-то степени решить с помощью медицинских средств и предупредить вероятность последующих инсультов.

Психологические и поведенческие аспекты слабоумия, вызванного ДБА и ВД, во многих отношениях сходны; для их лечения можно использовать одни и те же методы. Наступление улучшения не следует принимать как должное, поскольку лежащие в основе этих заболеваний патологии головного мозга характеризуются прогрессированием. Лица, осуществляющие уход за больными, при обоих состояниях сталкиваются с одними и теми же пугающими проблемами, что указывает на необходимость существования групп поддержки, поиска методов уменьшения стресса.

Расстройства, связанные с травмой головы

Травматические повреждения головного мозга (ЧМТ — черепно-мозговые травмы) происходят достаточно часто, в Соединенных Штатах этот показатель составляет 7–8 млн случаев в год. Большинство из них становится результатом дорожно-транспортных происшествий. Сопоставимое количество случаев составляют попадания пули или иных предметов в череп. Примерно в 500 тыс. случаев наблюдаются серьезные повреждения головного мозга, а в 70–90 тыс. — повреждения оказываются настолько тяжелыми, что исключают возвращение к нормальному функционированию (Bennet, Ditmar & Ho, 1997). Тем не менее относительно мало людей с ЧМТ попадают в психиатрические лечебницы, поскольку многие травмы головы отнюдь не обязательно влекут за собой повреждения головного мозга, а в тех случаях, когда это все-таки происходит, психопатологические осложнения, как правило, не наблюдаются. Согласно *DSM-IV*, повреждения головного мозга, оказывающие длительный и выраженный эффект на адаптацию, кодируются по I оси с использованием описания соответствующего синдрома, с указанием «вследствие травмы головы».

Клиническая картина при заболеваниях, связанных с повреждением головы

Клиницисты различают три общих типа ЧМТ, поскольку их клиническая картина и последствия сильно варьируют: 1) закрытые травмы головы, при которых череп остается неповрежденным; 2) проникающие ранения головы, при которых в череп и мозг проникают посторонние предметы, например пуля; и 3) перелом черепа с компрессией мозга (или без). Посттравматическая эпилепсия, например, достаточно редко возникает при закрытых травмах головы, но часто встречается после травм остальных двух типов. Повреждения головного мозга при закрытой травме головы носят косвенный характер и проистекают из-за силы инерции, которая приводит к резкому столкновению головного мозга с внутренней стенкой черепа. Кроме того, такие повреждения могут возникнуть в результате силы вращения, которая скручивает массу головного мозга относительно спинного мозга. Достаточно часто закрытая травма головы вызывает диффузное разрушение нейронов, поскольку сила инерции (резкое движение твердого черепа останавливается при контакте с неподвижным предметом, тогда как более мягкая ткань мозга внутри черепа продолжает двигаться) разрывает нервные волокна и синаптические контакты.

Травмы головы, приводящие к нарушению нейропсихологических функций, обычно сразу вызывают острую реакцию, например потерю сознания и нарушения проводящих путей головного мозга, метаболической и нейромедиаторной регуляции. Обычно, если травма головы достаточно тяжела и заканчивается потерей сознания, человек испытывает *ретроградную амнезию*, или неспособность вспомнить события, непосредственно предшествующие ранению. Очевидно, что такие травмы влияют на способность головного мозга откладывать в долгосрочную память события, которые обрабатывались в момент получения травмы. *Антероградная амнезия* (которую также называют посттравматической амнезией) представляет собой неспособность эффективно запоминать события, которые случаются в течение какого-то времени *после* травмы. Она наблюдается достаточно часто и многими расценивается как негативный прогностический признак.

Человек, потерявший сознание в результате ранения головы, обычно проходит через стадии ступора и замешательства на пути к восстановлению ясного сознания. Сознание может полностью восстановиться через несколько минут, часов или дней. В редких случаях индивид может находиться без сознания (в коме) длительное время. В этих случаях прогноз относительно улучшения состояния достаточно плохой. В некоторых случаях, даже если человек не теряет сознания, после травмы наблюдаются когнитивные и личностные изменения.

В результате тяжелого ранения головного мозга и потери сознания возможны нарушения пульса, температуры, артериального давления и важных показателей метаболических процессов, что ставит под угрозу жизнь пострадавшего. Продолжительность комы обычно коррелирует с тяжестью ранения. Если пациент выживает, кома может смениться делирием, при котором проявляется острое возбуждение, дезориентация, галлюцинации и общая неустанная и беспорядочная активность. Часто пациент безостановочно и бессвязно говорит, не понимая своего состояния. Постепенно замешательство проходит, и у субъекта восстанавливаются адекватные реакции на окружающую действительность.

Продолжительность и тяжесть посттравматических нарушений мозговых функций зависит от степени серьезности и типа ранения. Оно может привести к ранней

смерти или закончиться полным выздоровлением. Как уже отмечалось, достаточно часто ранения ведут к развитию хронических заболеваний, которые ставят под угрозу будущее когнитивное и поведенческое функционирование субъекта. При относительно тяжелых, но не фронтальных ранениях головного мозга выздоровление происходит, как правило, на самых ранних посттравматических фазах, хотя иногда для восстановления функции мозга может понадобиться несколько лет. Индивидуальный ход выздоровления очень сильно варьирует (Crepeau & Scherzer, 1993; Powell & Wilson, 1994).

К счастью, головной мозг, окруженный твердым черепом, — великолепно защищенный орган. Но даже при этом тяжелый удар по голове может привести к раскалыванию черепа, при котором фрагменты костей давят на ткань мозга или вонзаются в нее. Даже если трещины не появляются, сила удара может привести к маленьким точечным кровоизлияниям в мозгу или разрыву более крупных кровеносных сосудов. Кровотечение, или внутричерепная геморрагия, иногда происходит даже при относительно легких ранениях головы, тогда как при относительно тяжелых травмах оно может быть настолько незначительным, что никакого хирургического вмешательства не требуется. При серьезном ранении может быть обильное кровотечение в месте повреждения. Внутри твердых оболочек черепа может накопиться большое количество крови, что приведет к разрушительному давлению на соседние участки мозга. Частным случаем этой проблемы является *субдуральная гематома*, которая, если ее не ликвидировать, может угрожать жизненным функциям мозга или стать постоянным источником повреждения нервной ткани. Когда геморрагия представлена маленькими очагами кровотечения, микроскопическими скоплениями эритроцитов, окружающими тончайшие кровеносные сосуды, состояние описывается как *петехиальное (точечное) кровоизлияние*. Существует серия доказательств того, что при мозговых ранениях, как правило, возникают петехиальные кровоизлияния, но в фатальных случаях они носят множественный характер или охватывают очень большие участки головного мозга. При тяжелых повреждениях развивается выраженное увеличение объема мозга, или *церебральный отек*, который повышает риск серьезных психических нарушений и может привести к смерти в случае непринятия надлежащих мер.

По-видимому, профессиональные боксеры страдают от петехиальных кровотечений вследствие повторяющихся ударов в голову; у них может развиваться форма энцефалопатии (которая характеризуется тем, что какие-то области мозга оказываются постоянно поврежденными) вследствие кумулятивного эффекта подобных повреждений. Поэтому некоторые бывшие боксеры страдают нарушением памяти, невнятной речью, плохой концентрацией внимания, непроизвольными движениями и другими симптомами — состояние, которое в народе называется «пьяный вдрызг».

Даже в случае относительно небольшой ЧМТ и восстановления функций внимательное нейропсихологическое исследование может выявить слабые остаточные нарушения. Большое количество *сотрясений мозга* (тяжелого шока для ткани) и *контузий* (ушибов) регистрируется каждый год в результате автокатастроф, спортивных травм, падений и других несчастных случаев. Наиболее частым и явным симптомом служит временная потеря сознания и посттравматическая спутанность. Существуют определенные противоречия во взглядах по поводу того, вы-

зывают ли эти умеренные повреждения мозга тяжелые продолжительные симптомы или нарушение различных способностей (Dikmen & Levin, 1993; Zasler, 1993). Браун, Фэнн и Грант (Brown, Fann & Grant, 1994), например, убеждены, что «повреждения головного мозга после сотрясения» необходимо включить в *DSM* как отдельный диагноз, исходя из появления диффузных посттравматических изменений когнитивных способностей (например, недостатков памяти), личности (например, увеличения импульсивности), изменения анатомии головного мозга (увеличения желудочков), электрофизиологии мозга (например, электроэнцефалографических аномалий — см. главу 15) и общего стиля жизни (например, трудностей с поступлением на работу). Эти аргументы не были приняты, хотя рекомендованный диагноз включен в число потенциальных кандидатов для «дальнейшего рассмотрения» в Приложение к *DSM-IV*.

Самый известный исторический пример травматического повреждения мозга — знаменитый случай с костылем, описанный доктором Дж. Харлоу в 1868 году. (Оригинальное сообщение доктора Харлоу воспроизводится в журнале *History of psychiatry*, 1993. vol. 4, pp. 271–281). Он заслуживает внимания в силу своего исторического и клинического значения.

Разбор случая: «изменение» Финеаса Гейджа. Случай произошел в Кэвендише, штате Вермонт, на участке Рутлэндской и Берлингтонской железной дороги, который строили в то время, 13 сентября 1848 года. В результате преждевременного взрыва стальной инструмент, известный взрывникам как трамбовка (род пестика) и который я сейчас вам показываю, пробил лицо и голову человека. Жертвой этого происшествия стал Финеас П. Гейдж, совершенно здоровый, сильный и активный молодой человек, 25 лет от роду... Гейдж был десятником в бригаде, занятой разрушением скалы для прокладки железной дороги... Трамбовка вонзилась острым концом и пробила левую сторону лица немного кпереди от угла нижней челюсти, прошла наискось и назад и вышла на срединной линии в задней части лобной кости, около коронарного шва.... Инструмент, который вонзился в голову, был округлый и достаточно гладкий в результате длительного использования. В длину он достигал 3 футов 7 дюймов, в наибольшем диаметре — 1 $^1/_4$ дюйма и весил 13 $^1/_4$ фунта...

Пациент упал на спину в результате взрыва, его конечности несколько раз конвульсивно дернулись, но через несколько минут он мог говорить. Люди, которые очень любили Финеаса, на руках вынесли его на дорогу и положили на телегу, запряженную волами; он ехал, поддерживаемый в сидячем положении три четверти мили до гостиницы. Он сам, почти без помощи товарищей, сошел с телеги и через час после травмы поднялся по длинной лестнице в дом (при этом я помогал ему, поддерживая под левую руку), где лег на кровать. Казалось, он находился в полном сознании, но терял силы из-за кровотечения, которое к тому времени стало профузным; кровь текла из разорванного синуса в верхней части головы и попадала в желудок, откуда извергалась каждые 15–20 минут. Он мужественно переносил свои страдания и обратил мое внимание на отверстие в щеке, сказав: «Трамбовка вошла туда и проткнула мне голову».

Спустя некоторое время доктор Харлоу сообщил: «Его физическое состояние хорошее, и я склонен считать, что он выздоровел. Голова у него не болит, но он жалуется на странное чувство, которое не может описать. Что касается его работы десятником, он еще не решил, будет ли продолжать работать или путешествовать. Его работодатели, считавшие его самым трудолюбивым и способным десятником до ранения,

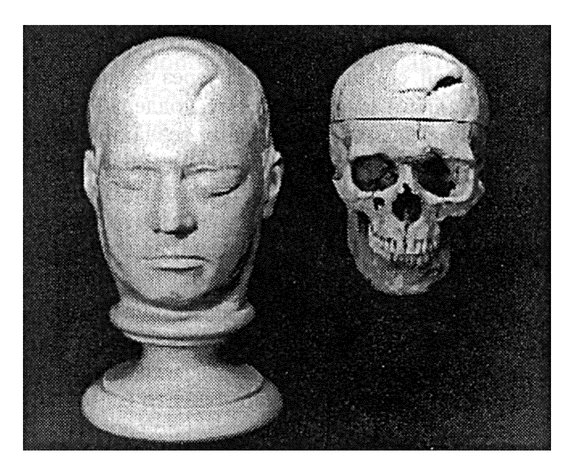
считают, что изменения в его сознании настолько велики, что они не могут вновь предложить ему старое место. По-видимому, равновесие или баланс между его интеллектуальными способностями и физиологическими возможностями нарушен. Он порывист, иногда ведет себя неуместно, временами впадает в богохульство (что ранее было ему абсолютно несвойственно), нетерпим к товарищам, ограничениям или советам, если они вступают в противоречия с его желаниями, временами невероятно упрям, капризен и переменчив, строит много планов на будущее, но скоро отказывается от них и предается иным мечтам... Его ум претерпел радикальные изменения, настолько сильные, что его друзья и знакомые говорят, что "это больше не Гейдж"».

Из приведенного выше отчета видно, что Гейдж получил тяжелую травму лобных долей мозга и нейропсихологический личностный синдром вследствие происшествия с железным инструментом. Как отмечали Стасс и его коллеги (Stuss et al., 1992), стойкие посттравматические проблемы Гейджа очень характерны для тяжелых повреждений лобных долей; отсутствие эмоционального контроля и личностные изменения, в том числе и нарушения самосознания, часто являются наиболее выраженными признаками динамики поведения в результате ранений такого типа. Однако личностные нарушения вследствие травматического повреждения мозга довольно трудно предсказать из-за разнообразия структурных патологических очагов, имеющих место при таких ранениях (Prigatano, 1992).

Лечение и исход

Непосредственное лечение повреждения мозга вследствие ранений головы является, главным образом, медицинским вопросом. Надлежащее лечение может предупредить развитие дальнейших повреждений, например, когда необходимо удалить из черепа бьющую под давлением кровь. Во многих случаях, включая и те, которые на первый взгляд относятся к «легким», непосредственное медицинское лечение следует дополнить широкой программой повторного обучения и реабилитации.

У большинства пациентов с ЧМТ сохраняются лишь немногочисленные остаточные эффекты полученного ранения, особенно если они перенесли лишь кратковременную потерю сознания. Однако у других пациентов выраженные нарушения выявляются в течение весьма продолжительного времени. Обычными последствиями умеренных повреждений мозга становятся хронические головные боли, тревога, раздражительность, головокружения, быстрая утомляемость, нарушения па-



Финеас Гейдж выжил после того, как железный костыль ударил его в лицо и пробил голову, однако его личность настолько изменилась, что друзья говорили, что «это больше не Гейдж».

мяти и концентрации внимания. При более обширных повреждениях головного мозга может произойти явное снижение интеллектуального уровня пациента, особенно в случае серьезной травмы теменных или височных долей. Большинству пострадавших требуется очень много времени, чтобы вернуться к своей профессии, а многие вообще не в состоянии сделать это (Bennett, Dittmar & Ho, 1997; Dikmen et al., 1994; Goran, Fabiano & Crewe, 1997); нередко отмечаются и иные утраты нормального функционирования у взрослых людей (Hallett et al., 1994). Кроме того, локальные повреждения головного мозга могут повлечь за собой различные специфические неврологические и психологические нарушения. Примерно в 24% случаев всех ЧМТ развивается посттравматическая эпилепсия, вероятно из-за роста рубцовой ткани в головном мозгу. Судороги обычно появляются в течение 2 лет после полученной травмы, но иногда это происходит намного позднее.

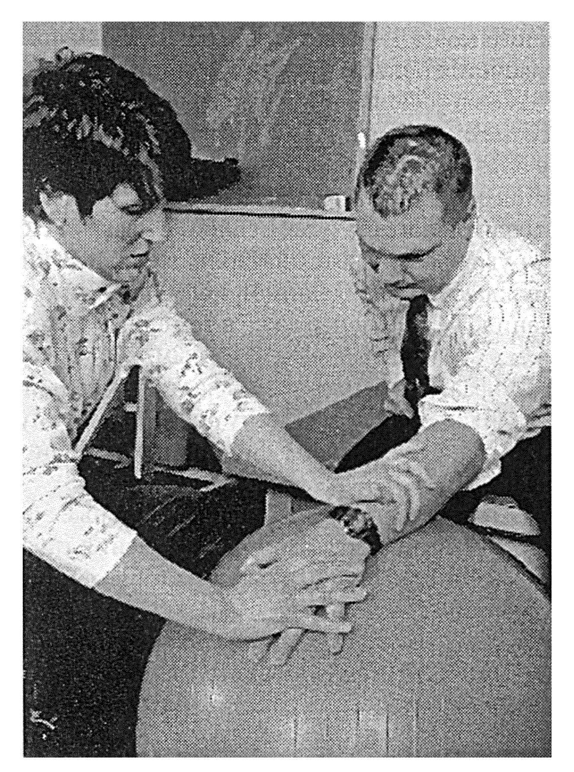
Достаточно редко в результате травмы головного мозга происходят выраженные личностные изменения, наподобие тех, которые были описаны в истории Финеаса Гейджа. Другие типы личностных изменений включают в себя пассивность, утрату желаний (драйвов) и спонтанности, ажитацию, беспокойство, депрессию и параноидную подозрительность. Как и в случае когнитивных нарушений, особенности личностных изменений, возникающих у людей, получивших серьезные травмы, зависят в значительной степени от места и обширности ранения (Prigatano, 1992).

Подавляющее большинство людей, получивших легкое сотрясение мозга, возвращаются в практически нормальное состояние в течение короткого времени. При умеренных повреждениях головного мозга для достижения максимального уровня восстановления пациентам требуется больше времени, а многие страдают от головных болей и других симптомов в течение длительного периода. У некоторых людей развиваются хронические симптомы. В случае тяжелых повреждений головного мозга прогноз менее благоприятен (Jennet et al., 1976; Powell & Wilson, 1994). Многие из этих пациентов вынуждены приспосабливаться к пониженному уровню профессионального и социального статуса (Bennett, Dittmar & Ho, 1997; Dikmen et al., 1994), тогда как у других развиваются настолько сильные интеллектуальные нарушения, что они нуждаются в постоянном присмотре, а иногда и помещении в специальные заведения. Тем не менее даже в тех случаях, когда значительное количество ткани мозга оказывается разрушенным, некоторые пациенты в состоянии стать социально независимыми. Очень часто улучшение наступает со временем, главным образом благодаря повторному обучению и тому, что неповрежденные участки мозга берут на себя выполнение новых функций (Powell & Wilson, 1994).

У детей, пострадавших от серьезных повреждений мозга, нежелательные эффекты проявляются тем сильнее, чем младше они были в момент получения травмы и чем меньшими знаниями в области языка, мелкой моторики и компетенцией в других областях они обладали. На выздоровление ребенка оказывает воздействие тяжесть травмы и то, как реагируют на это окружающие (например, родители) (Anderson et al., 1997; Taylor & Alden, 1997; Yeates et al., 1997). Если травма незначительная, то у большинства детей длительные негативные последствия не наблюдаются (Satz et al., 1997).

Лечение травматических повреждений головного мозга, выходящее за рамки чисто медицинских действий, зачастую трудное, продолжительное и дорогое. В основе его лежит тщательная и непрерывная оценка нейропсихологических функций и разработка мер, направленных на преодоление сохраняющихся недостатков. Сюда привлекается множество дисциплин: неврология, психология, нейропсихология, профессиональная терапия, физическая терапия, речевая/языковая терапия, когнитивная реабилитация, терапия службы занятости и рекреационная терапия. Иногда лечение заключается в том, чтобы научить пациентов новым методам, которые позволили бы компенсировать утраченные навсегда функции (Bennett, Dittmar & Ho, 1997).

В случае ЧМТ удается достичь благоприятного исхода, если: 1) налицо короткий период бессознательного состояния или посттравматической антероградной амнезии; 2) когнитивные нарушения отсутствуют или они минимальны; 3) до травмы личность была функционально активна; 4) имеется высшее образование; 5) человек стабильно работал до получения травмы; 6) существует мотивация к выздоровлению или максимальному восстановлению оставшихся способностей; 7) существует жизненная ситуация, благоприятствующая возвращению к дотравматическому состоянию; 8) вмешательство произошло в молодом возрасте; и 9) выбрана правильная программа реабилитации и повторного обучения (Bennett, Dittmar & Ho, 1997; Brooks, 1974; Dikmen et al., 1994; Diller & Gordon, 1981; Mackay, 1994).



Проведение терапии, направленной на улучшение мышечного тонуса и функций левой руки, с офицером полиции, получившим огнестрельное ранение в голову на службе.

Перспективы для индивидов, страдающих от алкоголизма, наркотической зависимости и иных медицинских проблем, могут быть неблагоприятными. В частности, у алкоголиков очень высока вероятность получения ранений головы и других повреждений. Не существует данных о значительном улучшении их состояния после травмы, возможно, из-за того, что многие из них имеют повреждения головного мозга, связанные с неумеренным потреблением алкоголя (Mearns & Lees-Haley, 1993). Тяжелые эмоци-

ональные проблемы, предрасполагающие иногда человека к автокатастрофе и другим несчастным случаям, также могут отсрочить выздоровление.

Задержка умственного развития

Американская психиатрическая ассоциация (1994) в *DSM-IV* определяет задержку умственного развития как «общее интеллектуальное функционирование ниже среднего уровня... которое сопровождается существенными ограничениями в адаптации» (p. 39) в определенных сферах деятельности, например самообслуживании, работе, сохранении здоровья и обеспечении безопасности. Для постановки данного диагноза необходимо, чтобы указанные проблемы возникли у человека в возрасте до 18 лет. Таким образом, задержку умственного развития определяют в понятиях поступков и интеллекта. В определении ничего не говорится о причинах, которые могут быть биологическими, психосоциальными, социокультурными или комбинацией всех выше перечисленных. Согласно данному определению, любой функциональный эквивалент задержки умственного развития, который начался после достижения 17-летнего возраста, должен рассматриваться как деменция, а не как задержка умственного развития. Это различие представляется важным, поскольку, как отмечалось ранее в этой главе, психологическое состояние человека, у которого развиваются выраженные нарушения работы интеллекта после наступления зрелости, существенно отличается от того, которое присуще индивиду, чьи интеллектуальные возможности были ниже нормального уровня на всем протяжении его жизни.

В отличие от нарушений, связанных с развитием (см. главу 14 и обсуждение специфических расстройств научения), задержка умственного развития кодируется по II оси *DSM-IV* наряду с личностными расстройствами. Задержка умственного развития, так же как и остальные диагностические категории *DSM*, рассматривается как специфический тип расстройства, хотя она и может сочетаться с другими расстройствами, кодируемыми по I оси или II оси. Фактически, другие психиатрические расстройства, особенно психозы (Jacobson, 1990), встречаются у умственно отсталых людей значительно чаще, чем среди остальной части населения (Borthwick-Duffy, 1994; Sturmey & Sevin, 1993).

Случаи задержки умственного развития у детей отмечаются во всем мире. Ее самые тяжелые формы служат источником огромных трудностей для родителей и тяжкой экономической и социальной ношей всего общества. Уровень распространения выявленной задержки умственного развития в Соединенных Штатах составляет около 1%, то есть примерно 2,6 млн человек от общего населения страны. Однако на самом деле точно оценить уровень распространения чрезвычайно сложно, поскольку определения задержки умственного развития очень сильно варьируют (Roeleveld, Zielhuis & Gabreels, 1997). В законах большинства штатов говорится, что человека с *IQ* меньше 70, который проявляет социальную некомпетентность или имеет постоянные поведенческие проблемы, можно классифицировать как умственно отсталого и поместить в специальное заведение, если он будет сочтен неуправляемым. Неофициально показатели *IQ* от 70 до 90 часто считают «пограничной линией» или (в верхней части этого диапазона) «нормальной тупостью».

Количество впервые поставленных диагнозов задержки умственного развития значительно возрастает в возрасте 5–6 лет, достигает пика у подростков в возрасте 15 лет, а затем резко падает. Возможно, это связано с возрастными колебаниями, которые отражают изменения в требованиях, предъявляемых самой жизнью. В период раннего детства индивиды с незначительной степенью интеллектуальных нарушений, которые составляют подавляющее большинство умственно отсталых, часто выглядят нормальными. То, что уровень их интеллекта не достигает нормы, становится ясно только тогда, когда трудности со школой заставляют провести их диагностическую оценку. Если создать таким детям для образования надлежащие условия, то они обычно справляются с приобретением основных школьных навыков и достигают удовлетворительного уровня социально адаптивного поведения. После окончания школы такие люди, как правило, более или менее успешно приспосабливаются к жизни в обществе и, таким образом, утрачивают принадлежность к умственно отсталым.

Степени задержки умственного развития

DSM-IV различает четыре степени тяжести задержки умственного развития. Они указаны в табл. 13.2 вместе с соответствующими диапазонами показателя *IQ*.

Таблица 13.2

Тяжесть задержки умственного развития и диапазон *IQ*

Диагностированный уровень задержки умственного развития	Соответствующий диапазон IQ
Незначительное отставание	От 50–55 до примерно 70
Умеренное отставание	От 35–40 до 50–55
Тяжелое отставание	От 20–25 до 35–40
Глубокое отставание	Ниже 25

Необходимо еще раз напомнить, что любая система классификации, относящаяся к области поведения, будет одновременно произвольной и прагматической. Попытки определения различных уровней нарушений умственного развития связаны главным образом с проведением и с измерениями стандартизированных тестов умственных способностей (*IQ*) (Maclean, 1997). В уже цитированном определении *DSM-IV*, например, фраза «общее интеллектуальное функционирование явно ниже среднего уровня» официально применяется непосредственно к результатам тестирования *IQ*, которые должны быть ниже среднего для населения более чем на два стандартных отклонения. Среднее значение *IQ* показывает прохождение теста детьми данного возраста и составляет 100. Стандартное отклонение в большинстве тестов на *IQ* составляет примерно 15 единиц, и около двух третей населения имеют показатель, варьирующий от 85 (минус одно стандартное отклонение) до 115 (плюс одно стандартное отклонение). Таким образом, показатель ниже среднего на два стандартных отклонения составит 70. Исходя из предположения о нормальном распределении результатов тестирования *IQ*, они описываются и графически представляются знакомой нам кривой Гаусса, и, следовательно, примерно 2,5% населения будет иметь показатель ниже 70.

Вполне допустимо определять задержку умственного развития таким способом, но при этом нужно помнить выводы из приведенного выше определения. Тестирование *IQ* отнюдь не обладает непогрешимостью, и его прохождение зависит от множества факторов, например мотивации, утомления и состояния здоровья. Кроме того, оригинальные тесты умственных способностей были разработаны для определенной цели — предсказания успеха школьников в учебе. Таким образом, когда мы говорим о различном уровне задержки умственного развития, мы подразумеваем уровень способностей к достижению академического успеха.

Несомненно, упор на результаты тестов на интеллектуальные способности в какой-то степени нивелируется другой частью определения — о присутствии соответствующих «значительных ограничений адаптивного функционирования». При официальном определении «уровня» задержки умственного развития применяются те же самые двойные критерии, хотя на практике показатели *IQ* зачастую доминируют. Этот акцент на показатели *IQ* имеет смысл, если речь идет о нижней границе шкалы, поскольку человек, у которого коэффициент интеллекта составляет 50 и ниже, неизбежно будет демонстрировать грубые нарушения адаптивного поведения. Однако в верхней части диапазона «умственной отсталости» адаптивность поведения и показатели *IQ* в какой-то степени независимы друг от друга. Отдельные индивиды с более низкими показателями *IQ* функционируют лучше тех, у кого эти показатели выше. Следует также подчеркнуть, что различия в социальном окружении, например городском и сельском, выдвигают различные требования как в смысле интеллекта, так и поведения. Тем, кто вырос в маленьких, интегрированных сельскохозяйственных общинах, приходится сталкиваться с более легкими задачами, чем тем, кто рос, например, на Манхэттене.

Различные уровни задержки умственного развития в соответствии с определениями *DSM-IV* будут описаны ниже.

Незначительная задержка умственного развития

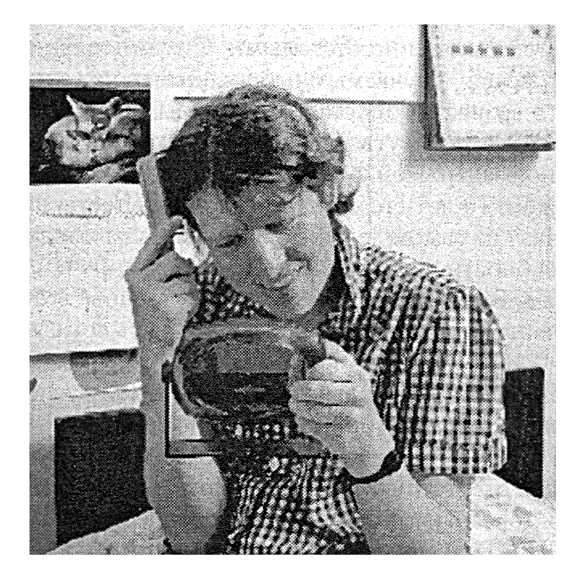
Индивиды с незначительной задержкой умственного развития составляют подавляющее большинство тех, кто считается умственно отсталыми. С точки зрения педагогики, люди из этой группы считаются «обучаемыми», а их интеллектуальный уровень по достижении взрослого возраста сопоставим с таковым у детей в возрасте 8–11 лет. Однако не следует понимать эти утверждения слишком буквально. Взрослого человека с незначительной задержкой умственного развития и имеющего психологический возраст, скажем, 10 лет (то есть он выполняет тесты на интеллект на уровне 10-летнего ребенка) на самом деле нельзя сравнивать с нормальным 10-летним ребенком по способности перерабатывать информацию и по скорости этого процесса (Weiss, Weisz & Bromfield, 1986). С другой стороны, этот человек будет обладать большим жизненным опытом, что может повысить показатель его *IQ*.

Социальная адаптация у людей с незначительной задержкой умственного развития часто приближается к таковой у подростков, хотя они, как правило, не обладают воображением, изобретательностью и здравым смыслом, которые имеет нормальный ребенок. Как правило, у этих людей отсутствуют признаки мозговой патологии или иных физических аномалий, но зачастую они нуждаются в определенном присмотре из-за ограниченной способности предвидеть последствия своих поступ-

ков. Индивидам с более высоким, пограничным уровнем *IQ* (около 71–84) также могут потребоваться специальные службы для того, чтобы максимально раскрыть свои возможности (Zetlin & Murtaugh, 1990). При условии ранней постановки диагноза, помощи родителей и специальных образовательных программ большинство людей с пограничной или незначительной задержкой умственного развития способны к социальной адаптации, приобретению простых учебных и профессиональных навыков и могут стать самостоятельными гражданами (Maclean, 1997; Schalock, Harper & Carver, 1981).

Умеренная задержка умственного развития

Люди с умеренной задержкой умственного развития, как правило, попадают в образовательную категорию «обучаемых», что подразумевает их способность овладеть определенными повседневными навыками, например приготовлением пищи и работой дворников, швейцаров, при наличии соответствующих инструкций при выполнении этих действий. Во взрослом состоянии люди с умеренной задержкой умственного развития находятся на интеллектуальном уровне детей в возрасте от 4 до 7 лет. Хотя некоторых из них можно научить читать, немного писать и четко владеть разговорным языком, скорость их обучения очень низка, а уровень концептуализации чрезвычайно ограничен. В физическом отношении они обычно выглядят неуклюжими, страдают деформацией костно-мышечной системы и плохой координацией движений. Некоторые люди с умеренной задержкой умственного развития враждебны и агрессивны, однако чаще они отличаются дружелюбием. Исключительно редко у таких людей проявляются выдающиеся способности в отдельных областях, например в музыке (Hill, 1975); эти данные подкреплены документально, но они так и не получили должного объяснения. В случае ранней диагностики, помощи родителей и адекватных возможностей для обучения, большинство людей с умеренной задержкой умственного развития способны добиться частичной самостоятельности в повседневной жизни, приемлемого поведения, овладеть навыками с целью заработка средств к существованию в семье или ином дружелюбном окружении.



Люди с незначительной задержкой умственного развития составляют подавляющее большинство тех, кто относится к умственно отсталым. При наличии помощи многие из этих людей могут социально адаптироваться, освоить простые учебные и профессиональные навыки и стать самостоятельными гражданами.

Тяжелая задержка умственного развития

Индивидов с тяжелой задержкой умственного развития иногда относят к умственно отсталым иждивенцам. У этих индивидов очевидно серьезное отставание двигательного и речевого развития, часто встречаются сенсорные и моторные дефекты. Они могут выработать ограниченные навыки личной гигиены и ухода за собой, что иногда уменьшает их зависимость. Они всегда нуждаются в заботе других людей. Тем не менее многие получают пользу от обучения и могут под присмотром выполнять простые профессиональные действия.

Глубокая задержка умственного развития

Для обозначения индивидов с глубокой задержкой умственного развития часто употребляют термин «умственно отсталые, живущие на уровне инстинктов». Большинство таких людей имеют серьезные недостатки адаптивного поведения и способны к выполнению лишь самых простейших заданий. Речь, в лучшем случае, рудиментарная. Типичны серьезные физические уродства, патология центральной нервной системы и задержки роста. Нередко отмечаются судорожные припадки, глухота и другие физические аномалии. Эти люди должны находиться под опекой всю жизнь. Однако у них, как правило, слабое здоровье, низкая резистентность к заболеваниям и, как следствие, короткая продолжительность жизни.

Тяжелую и глубокую задержку умственного развития можно легко установить в детстве, из-за присутствия явных физических отклонений, грубых нарушений развития (например, приема сырой пищи) и других очевидных симптомов аномалии. Хотя у этих индивидов есть явные нарушения интеллектуального развития, одни способности у них могут быть развиты лучше других. Следует отметить, что, несмотря на все ограничения, они могут стать верными и любящими социальными партнерами для понимающих их людей.

До недавнего времени Американская психиатрическая ассоциация (сторонница *DSM*) и Американская ассоциация по задержке умственного развития (АЗУР) пришли к согласию по поводу определения задержки умственного развития и выделения отдельных уровней, или степеней. В 1992 году АЗУР нарушила эту традицию (Luckasson et al., 1992), приняв *IQ* 75 как отправную точку для постановки диагноза задержки умственного развития (расширив, таким образом, диапазон). Более того, АЗУР предложила изменить характер и интенсивность оказываемой помощи — периодической, ограниченной, расширенной и постоянной для указанных выше уровней умственного расстройства; подходы этих двух систем к характеристике тяжести состояния не вполне сопоставимы. Подход АЗУР потребовал также и технического пересмотра стандартной диагностической процедуры. Многие специалисты выступили с критикой новых директив, предложенных АЗУР, и сочли, что это расхождение подходов чревато разногласиями и путаницей при постановке диагноза о задержке умственного развития (например, Greenspan, 1997; MacMillan, Gresham & Siperstein, 1993). Очевидно, что АЗУР намеревалась поставить на повестку дня вопрос о расширении услуг, оказываемых людям с задержкой умственного развития.

Дефекты головного мозга при задержке умственного развития

В некоторых случаях (примерно в 25% случаев) задержка умственного развития связана с органической патологией головного мозга. При этом наблюдается как минимум умеренная, а часто и тяжелая задержка умственного развития. Глубокая

задержка умственного развития, к счастью, встречается редко, всегда сопряжена с явными органическими нарушениями. Органически обусловленная задержка во многих отношениях напоминает ранее описанную деменцию, за исключением причин возникновения этих патологий. В этом разделе мы рассмотрим 5 биологических состояний, которые могут вести к задержке умственного развития, отметив возможное их взаимодействие. Затем мы рассмотрим некоторые основные клинические типы умственного отставания, обусловленные данными органическими причинами.

Генетические факторы

Задержка умственного развития нередко наблюдается в семьях. Особенно это касается тенденции к развитию слабого отставания. Если с самого раннего возраста на человека воздействуют нищета и социокультурная депривация, то даже унаследованный интеллектуальный потенциал среднего уровня развивается на уровне интеллекта ниже среднего.

Роль генетических факторов в этиологии относительно редких, но чрезвычайно тяжелых типов задержки умственного развития, таких как синдром Дауна (который мы обсудим позднее) или врожденного состояния, известного под названием *хрупкости X-хромосомы*, обламывания концевых отделов длинного плеча половой *X*-хромосомы (определяемого генетическим дефектом), известны достаточно хорошо (de Vries et al., 1994). При этих состояниях генетические аберрации вызывают метаболические изменения, которые, в свою очередь, негативно влияют на развитие головного мозга. Генетические дефекты, ведущие к изменениям метаболизма, могут вызывать не только умственное отставание, но и другие аномалии развития. Степень задержки умственного развития, связанная с известными хромосомными дефектами, варьирует от умеренной до тяжелой.

Инфекции и токсические вещества

Умственное отставание может быть связано с широким спектром состояний, вызванных инфекцией. Если беременная женщина заражена сифилисом, ВИЧ-1 или она заболевает корью, ее ребенок может получить повреждения головного мозга. Повреждения мозга могут возникнуть и после рождения, например в результате заболевания вирусным энцефалитом.

Огромное количество ядовитых веществ, таких как окись углерода (угарный газ) и свинец, могут вызвать повреждения мозга у плода или у новорожденного ребенка. В редких случаях повреждения мозга могут вызвать иммунные препараты, например противостолбнячная сыворотка или тифозная вакцина. Аналогичным образом, определенные лекарства, в том числе и избыток алкоголя (см. главу 10), принимаемые беременной женщиной, могут вызвать врожденные уродства; передозировка лекарства, назначенного ребенку, также может вызвать отравление и повреждение головного мозга. Иногда мозг получает повреждения в результате несовместимости крови матери и плода. К счастью, ранняя постановка диагноза и переливание крови сейчас может свести к минимуму эффект подобной несовместимости.

Недоношенность и травма (физическое ранение)

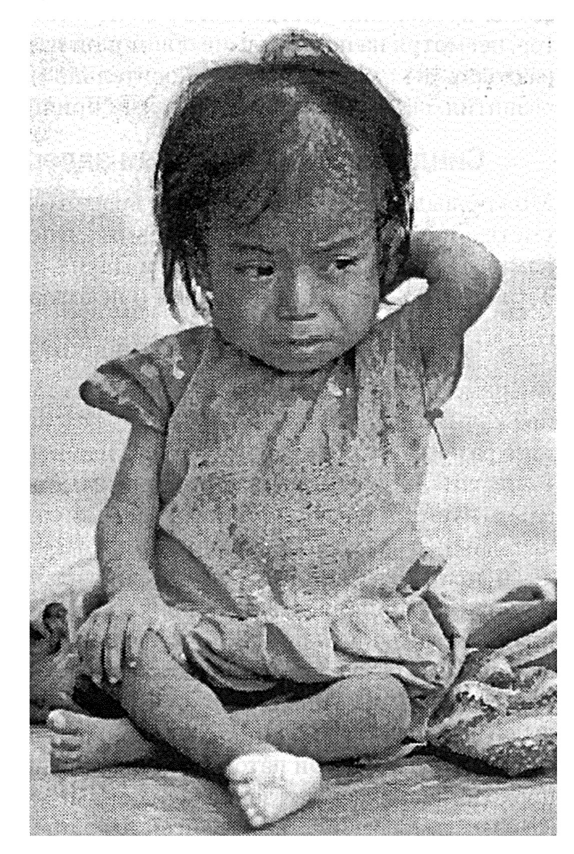
Тщательные исследования детей, родившихся преждевременно и весящих меньше 5,5 фунтов при рождении, выявили высокую частоту неврологических расстройств и задержки умственного развития. В действительности, очень маленькие

недоношенные дети могут с гораздо большей вероятностью иметь задержку умственного развития, чем младенцы нормального размера.

Физическое ранение при рождении также может повлечь за собой задержку умственного развития. Было подсчитано (Isaakson, 1970), что у одного из 1000 родившихся детей отмечаются повреждения головного мозга, которые мешают ребенку достичь нормального среднего интеллектуального уровня 12-летнего возраста. Хотя плод хорошо защищен во время беременности наполненным жидкостью околоплодным пузырем, а череп предназначен для того, чтобы противостоять дополнительным нагрузкам, во время и после родов иногда происходят несчастные случаи. Сложности, вызванные неправильным положением плода или другими проблемами, могут вызвать необратимое повреждение головного мозга младенца. Кровотечение внутри головного мозга является, по-видимому, самым распространенным последствием родовой травмы. *Гипоксия* — недостаток кислорода в мозговых сосудах вследствие задержки начала дыхания или в силу иных причин, представляет собой еще один вид родовой травмы, которая может вызвать повреждение мозга.

Ионизирующее излучение

На протяжении последних десятилетий ученые уделяли много внимания повреждающему эффекту ионизирующего излучения на половые клетки и другие клетки и ткани организма. Радиация может воздействовать непосредственно на оплодотворенную яйцеклетку или вызвать генные мутации в половых клетках одного или обоих родителей, что, в свою очередь, может привести к появлению патологии у потомства. Ранее источником вредного лучевого воздействия было, в основном, проникающее рентгеновское излучение, используемое



Ранее считали, что плохое питание вызывает физические нарушения, ведущие к задержке умственного развития. Однако сегодня взгляды на влияние плохого питания на умственное развитие изменились, стали сложнее. Апатия и недостаток реактивности, любопытства и мотивации, связанные с плохим питанием, могут приводить к недостатку стимулов из окружающей среды, которые также ограничивают интеллектуальное развитие.

в медицине для диагностики и терапии, но позднее этот список пополнили испытания ядерного оружия и утечки на атомных электростанциях.

Плохое питание и другие биологические факторы

Долгое время считали, что недостаток в рационе белков и других необходимых питательных веществ в раннем детстве может привести к необратимым физическим и психическим повреждениям. Однако современные взгляды на связь между плохим питанием и задержкой умственного развития позволяют выдвинуть предположение о том, что идея о непосредственной каузальной связи слишком упрощенная и неполная. В обзоре, посвященном этой проблеме (Riccuiti, 1993), есть много фактов, указывающих на то, что негативное влияние плохого питания на психическое развитие может быть косвенным и оказывать влияние на реактивность, любопытство и мотивацию ребенка к учебе. Согласно этой гипотезе, утрата таких качеств ведет к относительной задержке умственного развития. Следовательно, по крайней мере частично, интеллектуальный дефицит, связанный с плохим питанием, представляет собой частный случай психосоциальной депривации, которая, как мы увидим несколько позднее, также влечет за собой отставание развития.

В небольшом количестве случаев задержка умственного развития строго связана с органической патологией мозга. Иногда, особенно при тяжелой и глубокой степени задержки умственного развития, эти случаи носят неопределенный характер, несмотря на присутствие обширной патологии головного мозга. В следующих разделах мы рассмотрим 3 относительно изученных типа задержки умственного развития, вызванной органическими причинами.

Синдромы органической задержки умственного развития

Можно выделить несколько четко распознаваемых клинических типов задержки умственного развития, обусловленных, в первую очередь, биологическими причинами. Из них мы обсудим синдром Дауна, фенилкетонурию и черепные аномалии. Таблица 13.3 содержит сведения о некоторых других хорошо известных формах.

Синдром Дауна

Впервые описанный Лэнгдоном Дауном в 1886 году, **синдром Дауна** — самое известное клиническое состояние, связанное с умеренной и тяжелой задержкой умственного развития. С этим диагнозом в Соединенных Штатах рождается примерно 1 ребенок из 600; он накладывает необратимые ограничения на выживание, интеллектуальные успехи и компетенцию в решении жизненных задач. У взрослых, имеющих данный диагноз, адаптивные способности *уменьшаются* с возрастом, особенно после 40 лет (Collacott & Cooper, 1997). Разработанные методы исследования амниона и ворсинок хориона позволяют обнаружить *in vitro* избыточный генетический материал, вызывающий синдром Дауна, как правило, трисомию по 21-й хромосоме, в результате чего клетки ребенка содержат 47, а не 46 хромосом. Проведение аборта при условии, что у плода возможны генетические аномалии, действенно лишь в некоторых случаях, но, по-видимому, не оказывает существенного влияния на общее распространение этой патологии. Ввиду того что за последние 10 лет тестирование проходили преимущественно беременные женщины более старшего возраста, а также из-за демографических сдвигов, ведущих к росту количества беременностей у де-

вушек, только достигших половой зрелости, большинство младенцев, страдающих синдромом Дауна, родилось у матерей в возрасте до 35 лет, которым обычно не предлагают проведение хромосомного анализа (Evans & Hamerton, 1985).

Для детей с синдромом Дауна обычно характерен целый набор специфических физических признаков, но лишь незначительное количество детей обладает всеми этими особенностями. У таких детей глаза имеют миндалевидную форму, кожа на веках аномально толстая. Лицо и нос часто плоские и широкие, так же как и затылок. Язык, который выглядит слишком большим для рта, может иметь глубокие складки. Радужная оболочка глаза часто пятнистая. Шея и кисти рук короткие и толстые. Пальцы на руках также короткие и толстые, мизинец часто искривлен по сравнению с остальными пальцами. Хотя пластическая лицевая хирургия пытается

Таблица 13.3

Другие заболевания, иногда связанные с задержкой умственного развития

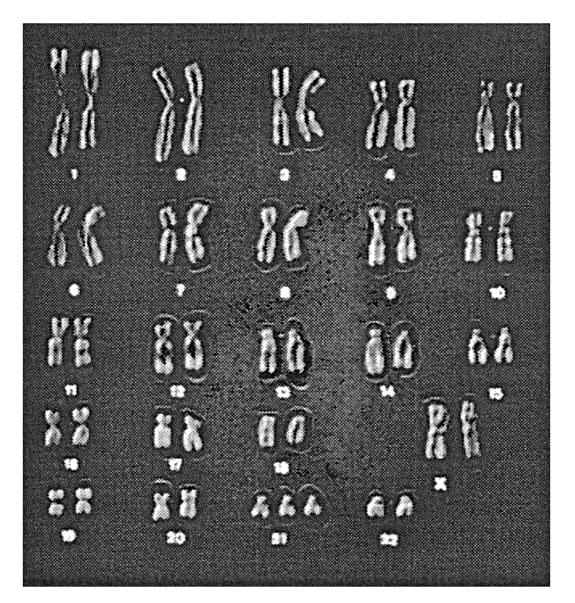
Клинический тип	Симптомы	Причины
Синдром трисомии по 18-й паре хромосом	Характерный набор множественных врожденных аномалий, наиболее часто встречаются деформация ушной раковины, согнутые пальцы, уменьшенная нижняя челюсть и пороки сердца	Аутосомальная аномалия 18-й хромосомы
Болезнь Тея—Сакса	Гипертонус, апатия, слепота, прогрессирующий спастический паралич и конвульсии (умирают к трехлетнему возрасту)	Нарушение липидного метаболизма из-за единичного рецессивного гена
Синдром Тернера	Только у женщин; перепонка на шее, увеличенный угол предплечья и недоразвитие половой системы	Аномалия половых хромосом (*XO*); может сопровождаться задержкой умственного развития, но это отмечается редко
Синдром Клайнфельтера	Только у мужчин; признаки варьируют в разных случаях; единственная постоянная особенность — маленький размер тестикул в постпубертатном периоде	Аномалия половых хромосом (*XXY*)
Болезнь Нейманна—Пика	Обычно начинается в младенчестве с потери веса, обезвоживания и прогрессирующего паралича	Нарушение липидного метаболизма
Билирубиновая энцефалопатия	Аномальный уровень билирубина (токсического вещества, выделяющегося при разрушении эритроцитов) в крови; часто отмечается отсутствие координации движений	Часто несовместимость *Rh*-фактора или группы крови между матерью и плодом
Врожденная краснуха	Наиболее часто отмечаются проблемы со зрением, одновременное наличие катаракты и проблем с сетчаткой, глухота, аномалии в строении клапанов и перегородки сердца	Краснуха, перенесенная матерью на протяжении первых месяцев беременности

скорректировать самые некрасивые черты, большого успеха достичь не удается (Dodd & Leahy, 1989; Katz & Kravetz, 1989). Кроме того, степень принятия родителями своего ребенка с синдромом Дауна обратно пропорциональна их готовности прибегнуть к такой хирургической операции (Katz, Kravetz & Marks, 1997).

Практически нет никакой зависимости между степенью физических аномалий и задержкой умственного развития у индивидов с синдромом Дауна. Уровень смертности таких детей резко уменьшился на протяжении прошлого столетия. В 1919 году ожидаемая продолжительность жизни для них составляла 9 лет; большая часть погибала из-за серьезных физических проблем, основная часть смертей происходила на протяжении первого года жизни. Сейчас, благодаря антибиотикам, хирургической коррекции летальных анатомических дефектов и более высокому уровню медицинского ухода, до взрослого состояния доживает гораздо больше таких детей (Hijji et al., 1997; Jancar & Jancar, 1996). Тем не менее у этих детей, по-видимому, происходит ускоренное старение (Hasegawa et al., 1997).

Несмотря на имеющиеся проблемы, дети с синдромом Дауна обычно в состоянии приобрести навыки ухода за собой, социально приемлемого поведения и рутинного ручного труда, что позволяет им быть помощниками в семье или специальном заведении. Одно время господствовала точка зрения, что дети с синдромом Дауна спокойные и нежные. Исследования поставили под вопрос правомочность подобных обобщений. Эти дети на самом деле могут быть очень послушными, но, видимо, не чаще, чем любые другие; точно так же они могут быть и трудными (Bridges & Cicchetti, 1982). Социальные отношения ребенка зависят от уровня *IQ* и наличия поддержки в домашнем окружении (Sloper et al., 1990). Взрослые с синдромом Дауна могут проявлять более адаптированное поведение, чем пациенты с другими типами нарушений научения (Collacott et al., 1998).

Проведенные исследования позволяют прийти к заключению о том, что при синдроме Дауна интеллектуальный дефект может быть не связан с развитием других способностей. У детей с синдромом Дауна могут сохраняться относительно ненарушенными восприятие пространственных отношений и визуально-моторная координация; вместе с тем некоторые факты противоречат этому предположению (Uecker et al., 1993). Результаты экспериментов говорят о том, что у таких детей



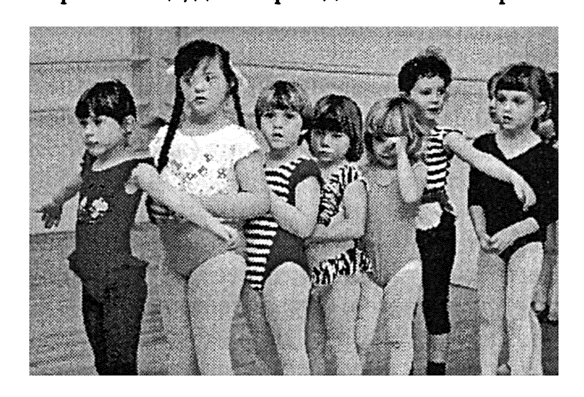
Представлено изображение (кариотип) хромосом женщины с синдромом Дауна. Обратите внимание на три, а не две хромосомы в 21-й паре.

сильнее всего затронуты вербальные и связанные с языком навыки (Azari et al., 1994; Mahoney, Glover & Finger, 1981; Silverstein et al., 1982). Известно, что пространственные функции частично локализованы в правом полушарии, а функции, связанные с языком — в левом, поэтому некоторые ученые выдвинули предположение о том, что синдром Дауна оказывает особенно сильное воздействие на левое полушарие.

В этиологии синдрома Дауна могут быть задействованы не только трисомия 21-й хромосомы, но и иные хромосомные аномалии. Однако лишняя 21-я хромосома присутствует, по крайней мере, в 94% случаев, отвечающих критериям синдрома Дауна. Эта та же хромосома, которую исследовали в работах, посвященных болезни Альцгеймера. Это имеет особое значение, если учесть, что люди с синдромом Дауна чрезвычайно сильно подвержены болезни Альцгеймера, которая у них может развиться в возрасте около 30 лет (Bauer & Shea, 1986; Cole et al., 1994; Prasher & Kirshan, 1993; Reid, 1985; Schapiro, Haxby & Grady, 1992). Любопытно, что фактор риска Апо-Е, который занимает столь важное место в исследованиях болезни Альцгеймера, по всей видимости, не имеет большого значения в формировании деменции, которая развивается у взрослых с синдромом Дауна (Prasher et al., 1994).

Причины трисомии 21-й хромосомы неизвестны, но, по всей вероятности, этот дефект связан с возрастом родителей в момент зачатия ребенка. Уже в течение многих лет известно, что частота возникновения синдрома Дауна значительно возрастает по мере увеличения возраста матери (после 20 лет). У женщины в возрасте 20–29 лет есть 1 шанс из 2000 зачать ребенка с синдромом Дауна, тогда как у женщины старше 40 лет риск составляет 1 из 50 (Holvey & Talbott, 1972). Риск иметь ребенка с синдромом Дауна очень высок и для слишком молодых матерей, чья репродуктивная система еще не полностью сформировалась. Корреляция с возрастом матери привела к естественному предположению о том, что процессы старения у женщин каким-то образом влияют на способность формирования нормального в хромосомном отношении плода. Эти наблюдения на долгое время вывели из поля зрения потенциальную роль мужчины, поскольку у мужчин старшего возраста, как правило, и партнерши старше.

Последующие исследования показали, что возраст отца в момент зачатия ребенка также оказывает влияние на развитие синдрома Дауна (Hook, 1980; Stene et al., 1981). В одном исследовании синдрома Дауна у 1279 пациентов, проведенном в Японии (Matsugana et al., 1978), было установлено, что частота данного заболевания возрастает по мере увеличения возраста отца, даже при одинаковом возрасте



Сегодня гораздо больше детей с синдромом Дауна доживают до взрослого возраста и обучаются уходу за собой, приобретая социальные умения и навыки ручного труда. Достаточно часто дети с данным нарушением ведут такой же образ жизни, что и здоровые, как, например, эта девочка в балетном классе. У детей с синдромом Дауна, как правило, не нарушаются восприятие пространственных отношений и визуально-моторная координация: сильнее всего недостатки выражены в вербальных и связанных с языком навыках.

матерей. Для отцов в возрасте 55 лет и старше риск зачать ребенка с синдромом Дауна возрастал в 2 раза по сравнению с отцами в возрасте 20–25 лет. Любопытно, что, согласно результатам этого исследования, наименьший риск был у мужчин в возрасте 40–45 лет.

Следовательно, увеличение возраста любого из родителей увеличивает риск трисомии 21-й хромосомы, однако возраст матери оказывает большее влияние. В настоящее время неизвестно, каким образом старение порождает этот эффект. Предполагается, что с возрастом неблагоприятные воздействия со стороны окружающей среды, например радиация, могут неблагоприятно повлиять на процессы, участвующие в формировании или развитии зиготы.

Фенилкетонурия

При **фенилкетонурии** (ФКУ) младенец выглядит при рождении нормальным, но его печень не вырабатывает фермент, необходимый для расщепления фенилаланина, аминокислоты, содержащейся во многих пищевых продуктах. Генетическая ошибка приводит к задержке умственного развития только в том случае, если ребенок употребляет с пищей значительное количество фенилаланина. Это происходит лишь в том случае, если у ребенка вовремя не обнаружена данная патология. В случае если дефект не удается обнаружить вовремя, количество фенилаланина в крови увеличивается, а конечные продукты метаболизма этого вещества вызывают нарушения функции головного мозга.

Заболевание обычно проявляется через 6–12 месяцев после рождения, хотя такие симптомы, как рвота, специфический запах, детская экзема и судороги могут иметь место в первые недели жизни. Часто первым симптомом этой патологии становится задержка умственного развития, которая, в зависимости от степени развития заболевания, может варьировать от умеренной до тяжелой. Проявляются недостаток координации движений и другие неврологические проблемы, вызванные повреждением головного мозга; у пациентов с ФКУ нередко глаза, кожа и волосы имеют очень бледную окраску. ФКУ впервые идентифицировали только в 1934 году, когда в Норвегии одна женщина попыталась узнать причину задержки умственного развития и специфического запаха плесени у своего ребенка. Она безуспешно консультировалась с многими врачами, пока доктор Осбьорн Фоллинг не обнаружил фенилпируват в моче ребенка. Он пришел к выводу о нарушении у ребенка метаболизма фенилаланина (Centerwall & Centerwall, 1961).

Ранняя диагностика ФКУ, основанная на выявлении фенилпирувата в моче, сейчас является рутинным методом в развитых странах, а для профилактики развития данного заболевания используют лечебную диету (исключение пищи, содержащей фенилаланин, из рациона) и аналогичные меры. При условии своевременного обнаружения и лечения (желательно до того, как ребенку исполнится 6 месяцев) процесс нарушения функций головного мозга обычно удается остановить, при этом уровень функционирования интеллекта будет колебаться от пограничного до нормального. Тем не менее некоторые дети все равно страдают задержкой умственного развития, независимо от ограничения приема фенилаланина и других профилактических мер. Ограничения в пище в случае позднего выявления ФКУ могут частично улучшить клиническую картину, но ничто не в состоянии заменить раннюю диагностику и соответствующее врачебное вмешательство (Pavone et al., 1993).

Для наследования ФКУ необходимо, чтобы оба его родителя несли рецессивные гены. Таким образом, если известно, что у одного ребенка в семье уже есть ФКУ, очень важно проверить всех остальных детей. Кроме того, беременная женщина, сама страдающая ФКУ, риск развития которой удалось уменьшить соблюдением диеты, может навредить плоду, находящемуся в группе риска, если не станет строго контролировать поступление фенилаланина с пищей.

Аномалии черепа

Задержки умственного развития сопровождаются иногда изменениями размера и формы головы, причины этих изменений не всегда ясны (MacLean, 1997; Robinson & Robinson, 1976). Иногда возникает **макроцефалия** (крупная голова), которая характеризуется увеличением размера и веса мозга, увеличением черепа, нарушением зрения, судорогами и другими неврологическими симптомами, проистекающими из ненормального размера глиальных клеток, которые образуют поддерживающие структуры в тканях головного мозга. Другие достаточно частые аномалии — *микроцефалию* и *гидроцефалию* мы рассмотрим более подробно.

Микроцефалия. Термин «микроцефалия» на русский язык переводится буквально как «имеющий маленькую голову». Он употребляется для обозначения задержки умственного развития, вызванной нарушениями развития мозга и последующей неспособностью черепа достигнуть нормального размера. При посмертном исследовании головного мозга индивидов, страдающих микроцефалией, ученые отметили (Greenfield & Wolfson, 1935), что во всех случаях он останавливался в своем развитии на 4–5-м месяце развития плода.

Самым очевидным признаком микроцефалии служит маленькая голова, окружность которой редко превышает 17 дюймов (нормальный размер составляет примерно 22 дюйма). Пенроуз (Penrose, 1963) отмечал, что дети-микроцефалы имели укороченное туловище при относительно нормальной мускулатуре и половых органах. За исключением этих черт, внешне они сильно отличались друг от друга, хотя часто имели конусовидный череп со скошенным подбородком и лбом. Микроцефалы страдают умеренной, тяжелой и глубокой задержкой умственного развития, у большинства из них плохо развиты языковые навыки; они крайне ограничены в умственных способностях.

Микроцефалия может возникнуть в результате целого спектра различных факторов, нарушающих развитие головного мозга, в том числе внутриутробных инфекций и облучения тазовой области матери на ранних сроках беременности. Миллер (Miller, 1970) отмечал большое количество случаев микроцефалии в Хиросиме и Нагасаки как последствие ядерной бомбардировки этих городов во время Второй мировой войны. Роль генетических факторов в данном расстройстве неизвестна, хотя существует предположение о том, что в основе первичной, наследственной его формы лежит один рецессивный ген (Robinson & Robinson, 1976). В случае развития патологии лечение неэффективно; в настоящее время профилактические меры состоят в избежании инфекций и облучения во время беременности.

Гидроцефалия представляет собой относительно редкое состояние, при котором скопление аномального количества спинномозговой жидкости внутри черепа приводит к его увеличению и повреждению тканей мозга. При врожденной патологии голова или уже увеличена в момент рождения или начинает расти вскоре

после него, по-видимому, в результате нарушения образования, поглощения или циркуляции спинномозговой жидкости. Болезнь может развиться в младенчестве или раннем детстве вследствие образования опухоли мозга, субдуральной гематомы, менингита и ряда других заболеваний. В этих случаях данное заболевание является, вероятно, результатом блокады спинномозговых протоков и накопления жидкости в определенных областях головного мозга.

Клиническая картина при гидроцефалии зависит от степени неврологического повреждения, которая, в свою очередь, определяется возрастом ребенка в момент ее возникновения. Кроме того, оказывают влияние продолжительность и тяжесть заболевания. В хронических случаях основным симптомом является постепенное увеличение верхней части головы, непропорционально лицу и телу. Расширение черепа помогает минимизировать разрушающее давление жидкости на головной мозг. Однако происходят серьезные повреждения мозга. Эти повреждения ведут к нарушениям интеллекта и другим последствиям, например судорогам, нарушениям или даже потере зрения и слуха. Степень интеллектуальных нарушений варьирует и может быть тяжелой или глубокой в запущенных случаях.

При поиске методов лечения гидроцефалии большое внимание уделялось хирургическому лечению заболевания, в процессе которого для оттока спинномозговой жидкости вставляли устройства для шунтирования. При условии ранней диагностики и своевременно начатого лечения это состояние обычно удается приостановить до возникновения серьезных последствий (Geisz & Steinhausen, 1974). Даже при выраженном повреждении головного мозга тщательно спланированное и раннее лечение, учитывающее силу и слабость интеллектуальной деятельности, может минимизировать имеющиеся недостатки (Baron & Goldberger, 1993).

Культурно-семейные задержки умственного развития

Первоначально ученые придерживались убеждения о том, что все случаи задержки умственного развития являются результатом генетических или иных причин мозговых нарушений. Однако за последние десятилетия стало ясно, что негативные социокультурные условия, особенно те, при которых существует депривация нормальных стимулов из окружающей среды, могут сыграть главную роль в этиологии задержек умственного развития. Можно выделить два типа таких задержек: 1) задержка умственного развития, связанная с крайней сенсорной и социальной депривацией, например продолжительной изоляцией в период развития, что иногда происходит у детей тревожных родителей и 2) культурно-семейное отставание, при котором ребенок не подвергается изоляции, но страдает от низкого качества отношений с культурным окружением и другими людьми. Поскольку в некоторых случаях подобное социокультурное обеднение иногда связано с генетическими недостатками, ребенок в данных обстоятельствах может подвергаться двойной опасности. В любом случае в таких ситуациях невозможно разграничить влияние природы и воспитания.

В большинстве случаев задержка умственного развития имеет культурно-семейное происхождение, и мы рассмотрим именно этот тип. В табл. 13.4 приведены данные о среднем *IQ* 586 детей разного возраста из Милуоки. Детей разделили на группы в соответствии со значением *IQ* (ниже или выше 80) их матерей, которые жили в трущобах в условиях депривации. Эти две группы детей не отличались друг

от друга по уровню интеллекта в возрасте 1–2 года; у обеих групп показатели *IQ* были в пределах нормы. Дети, у матерей которых данный показатель превышал 80, продолжали демонстрировать нормальный *IQ* и в возрасте 14 лет. Однако у детей, матери которых имели *IQ* ниже 80, отмечалось прогрессирующее (и необратимое после 6 лет) падение данного показателя по мере взросления, достигавшее к 14-летнему возрасту верхних границ задержки умственного развития. Эти прогрессирующие потери умственного развития довольно трудно интерпретировать с точки зрения влияния генетических факторов на развитие данного заболевания; скорее, они позволяют выдвинуть предположение о кумулятивном эффекте депривационного окружения, связанного с уровнем *IQ* матерей этих детей.

Таблица 13.4

Средние показатели *IQ* 586 детей из Милуоки

Материнский *IQ*	Возраст детей (лет)						
	1–3	3–5	5–7	7–9	9–11	11–14	14+
80+ (n = 48)	95	93	90	94	87,5	94	90
<80 (n = 40)	95	76	84	80	75	70	67,5

Этот эффект может быть следствием того, что матери с низким показателем *IQ* интеллектуально не растут. Данный вывод согласуется с большинством фактов, полученных позднее (например, Camp et al., 1998), однако было бы большой ошибкой на основании этого заключения обвинять в этом несчастных женщин. Они нуждаются в помощи, а не в обвинениях; когда они получат эту помощь, коэффициент интеллекта их детей может существенно повыситься (Garber, 1988; Ramey & Haskins, 1981; Turkheimer, 1991; Zigler & Muenchow, 1992; Zigler & Styfco, 1994).

Независимо от этиологии, дети с задержкой умственного развития культурно-семейного происхождения демонстрируют обычно только слабую степень отставания. У таких детей не идентифицируется патология головного мозга, их не считают умственно-отсталыми до тех пор, пока они не пойдут в школу и у них не возникнут трудности в учебе. По данным исследователей, большинство этих детей происходят из экономически несостоятельных, нестабильных и часто разрушенных семей, в которых отсутствует стимулирование развития интеллекта. Такие семьи характеризуются низким качеством взаимодействия с другими людьми и общей депривацией (например, Birns & Bridger, 1977; Braginsky & Braginsky, 1974; Feuerstein, 1977):

«Они выросли в домах, где не было отцов, а матери отсутствовали, физически или эмоционально. В младенчестве они не получали тактильных и кинестетических стимулов того качества и в том количестве, как остальные дети. Часто их оставляли без присмотра в кроватке или на полу. Хотя в их окружении есть шумы, запахи и цвета, эти стимулы имеют иную структуру, чем в окружающей среде среднего или высшего классов. Например, количество слов, которые они слышат, ограничено, предложения короткие, а команды преимущественно несут негативный смысл» (Tarjan & Eisenberg, 1972, p. 16).

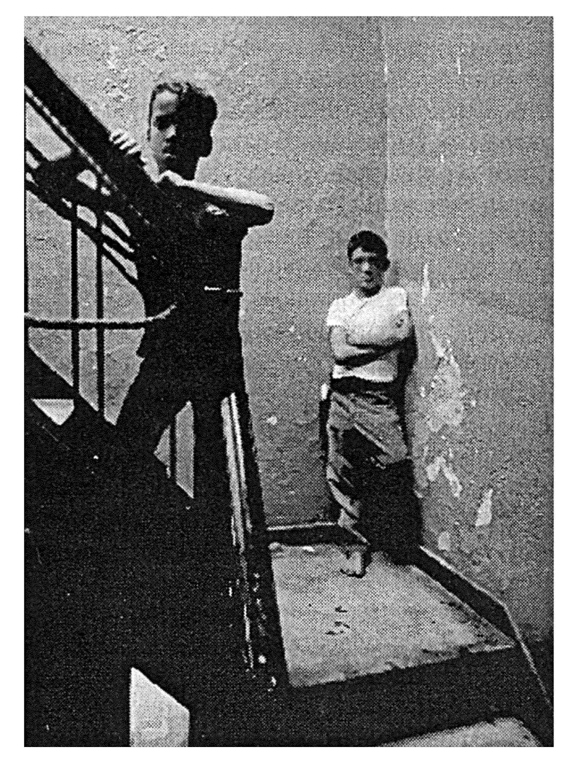
Ввиду того что уровень интеллектуального развития ребенка в данный момент определяется главным образом предыдущим научением, а учеба в школе требует

наличия сложных навыков, например умения контролировать внимание, выполнения инструкций и знания смысла большого количества слов, — эти дети с самого начала находятся в проигрышном положении, поскольку у них не было возможности приобрести необходимые базовые навыки и мотивацию к учебе. Таким образом, если не принять необходимых мер, то с каждым годом они будут все хуже успевать в школе.

Проблема оценки

Задержка умственного развития определяется в терминах интеллектуальной (академической) и социальной компетенции. Очень важно оценить обе эти характеристики, прежде чем навешивать на человека ярлык умственно отсталого. К сожалению, обе эти задачи достаточно сложны. Ошибки в оценке *IQ* могут проистекать из множества причин, например: 1) ошибок проведения и оценки результатов тестирования; 2) личных особенностей ребенка, например языковых проблем или отсутствия мотивации к успешному прохождению теста; 3) временных неблагоприятных обстоятельств в жизни ребенка, например болезни или стресса в семье; и 4) ограниченных возможностей самих тестов.

Оценка социальной компетенции выглядит более легкой, особенно если основана на клинических наблюдениях и рейтингах, но она подвержена столь же многим ошибкам, как и измерения *IQ*. В тщательно разработанной версии оценки адаптивных навыков, предложенной АЗУР (Luckasson et al., 1992), о которой говорилось выше, многие из включенных в нее навыков, например восприимчивость к мягким социальным намекам, невозможно надежно оценить с помощью имеющихся методов (MacMillan et al., 1993). Кроме того, исключительно важны критерии, используемые людьми, проводящими такую оценку. Если дети прекрасно социально адаптированы к жизни в городском гетто, но не к требованиям официального школьного окружения, как следует оценивать их уровень социальной компетенции: как высокий, промежуточный или низкий? Компетенции в чем? Весьма сомнительно, что подобные сужде-



Причиной задержки умственного развития культурно-семейного происхождения является развитие в условиях нищеты и интеллектуальной депривации.

ния можно делать объективно, то есть безотносительно к конкретной системе ценностей.

Навесив на ребенка ярлык умственно отсталого, можно оказать глубокое воздействие на его Я-концепцию, реакцию на окружающих людей и, таким образом, на всю его будущую жизнь. Такое может случиться в случае воспитания разочарованными, деморализованными родителями (Richardson, Koller & Katz, 1985), не говоря уже о перегруженных школьных учителях. В более отдаленной перспективе подобный ярлык может стать самоисполняющимся пророчеством, лишь подталкивающим вести себя так, чтобы это отвечало собственной Я-концепции и ожиданиям окружающих. Этот ярлык, несомненно, имеет глубокие этические и социальные последствия. С другой стороны, наряду с многими юридическими последствиями, наличие официально поставленного диагноза открывает доступ ребенку и его семье к многочисленным специальным службам, в том числе и специализированному образованию, которое в противном случае было бы недоступно. Не вызывает сомнения тот факт, что принятие решения о специализированном образовании требует глубоких размышлений и индивидуального подхода.

Лечение, исход и профилактика

Результат использования огромного количества обучающих программ показал, что можно добиться значительных изменений адаптивных способностей субъекта благодаря специальному образованию и другим реабилитационным мероприятиям. Несомненно, степень ожидаемых изменений связана со специфической ситуацией индивида и уровнем задержки психического развития.

Возможности и методы лечения

Среди проблем, вызывающих беспокойство родителей детей с задержкой умственного развития, есть и вопрос о направлении ребенка в специализированное заведение. Большинство известных врачей согласны с тем, что это следует рассматривать как «последний резерв», с учетом того, что обычно нахождение ребенка в таком учреждении приводит к нарушению навыков заботы о себе (Lynch, Kellow & Willson, 1997). Дети, попадающие в аналогичные заведения, делятся на две группы: 1) те, у кого в младенчестве и раннем детстве проявлялась тяжелая задержка умственного развития и связанные с ней физические нарушения, и поступившие в заведение в очень раннем возрасте; и 2) те, кто не имеет физических нарушений и демонстрирует относительно слабую задержку умственного развития и неспособность к социальной адаптации в подростковом возрасте, направленные в заведение в связи с делинквентностью или другими поведенческими проблемами (Stattin & Klackenberg-Larsson, 1993). В этих случаях социальная некомпетентность служит основным фактором принятия такого решения. Семьи детей из первой группы принадлежат к разным социально-экономическим слоям, тогда как огромная доля семей детей из второй группы принадлежит к слоям с низшим образовательным и профессиональным уровнем.

Эффект помещения в специализированное заведение в подростковом возрасте в огромной степени определяется как особенностями такого заведения, так и характерными чертами ребенка. Для многих подростков с задержкой умственного развития, не имеющих семьи, которая могла бы помочь им социально адаптиро-

ваться, забота общины кажется достаточно приемлемой альтернативой (Alexander, Huganir & Igler, 1985; Landesman-Dwyer, 1981; Seidl, 1974; Thacher, 1978). Однако для достижения максимального эффекта следует очень тщательно подходить к оценке и подбору персонала такого рода учреждений (Petronko, Harris & Kormann, 1994). К сожалению, жители обычно сопротивляются размещению таких специальных заведений по соседству с ними и отвергают интеграцию их обитателей в жизнь местного общества (Short, 1997).

Обычно для людей с задержкой умственного развития, не требующих помещения в специальные заведения, предоставляются неадекватные образовательные возможности. До сих пор в Соединенных Штатах значительная доля таких людей остается неохваченной службами, специально созданными для их нужд (Luckasson et al., 1992; Tyor & Bell, 1984).

Такое пренебрежение особенно трагично в свете наших знаний о том, какую значительную помощь можно оказать этим людям. Например, занятия для людей с незначительной задержкой умственного развития, которые обычно делают основной упор на чтении и других базовых школьных предметах, ведении бюджета и решении денежных вопросов, создании профессиональных навыков, помогли многим из них стать независимыми и самостоятельными членами общества. Занятия для людей с умеренной и серьезной задержкой умственного развития обычно преследуют более скромные цели. Они делают основной упор на развитии навыков ухода за собой, например привычки пользоваться туалетом (Wilder et al., 1997), что помогает пациентам адекватно функционировать, и оказывает помощь как семье (Heller, Miller & Factor, 1997), так и специализированным интернатам. Владение навыками пользоваться туалетом, принимать пищу и одеваться надлежащим образом могут определять, останется ли человек жить в своей семье или общине, или будет помещен в интернат.

В настоящее время почти 80 тыс. человек все еще находятся в интернатах для людей с задержкой умственного развития, а всего лишь 30 лет тому назад их число было в 2 раза больше. Даже людям с серьезными нарушениями умственного развития оказывают помощь, чтобы они хотя бы отчасти могли заботиться о себе (Brown, 1977; Landesman-Dwyer, 1981; Maclean, 1997; McDonnell et al., 1993; Robinson & Robinson, 1976; Thacher, 1978). Эта тенденция отражает преобладание более оптимистичного подхода и результат действия новых законов и юридических постановлений, способствующих соблюдению прав людей с задержкой умственного развития и их семей. Замечательным примером может послужить закон *Public Law* 94–142, изданный Конгрессом в 1975 году и с тех пор несколько раз дополненный (дополнения см. в: Hayden, 1998). Этот законодательный акт, названный «Акт об образовании для всех детей с дефектами», утверждает право людей с задержкой умственного развития на получение бесплатного образования с минимально возможными ограничениями.

На протяжении 1970-х годов наблюдалось быстрое увеличение количества альтернативных форм ухода за людьми с задержкой умственного развития (Tyor & Bell, 1984). Они включали (но не ограничивались этим): использование децентрализованных региональных возможностей для краткосрочных программ и обучения; маленькие частные госпитали, специализирующиеся на реабилитационных методиках; интернаты и дневные стационары, интегрированные в жизнь местной

общины; дома престарелых для пожилых людей с задержкой умственного развития; помещение некоторых детей с задержкой умственного развития в детские дома с более разнообразным окружением и различные формы поддержки тех семей, которые самостоятельно ухаживают на дому за людьми с такой патологией развития. Таким образом, на протяжении последних трех десятилетий наметился значительный прогресс в альтернативных способах общения с гражданами с задержкой умственного развития, в результате чего многие учреждения, ранее специализирующиеся на уходе за этой категорией пациентов, оказались ненужными и были закрыты.

Обучение и включенность в жизнь общества

Как правило, образование и обучение подразумевает выделение областей знаний и умений, нуждающихся в улучшении, таких как уход за собой, поведение в обществе, базовые навыки обучения и (для взрослых с задержкой умственного развития) простые профессиональные навыки (Forness & Kavale, 1993). В пределах каждой области специфические навыки подразделяют на простые компоненты, которые можно выучить и закрепить на уровне условных рефлексов, прежде чем перейти к более сложному поведению. Обучение, построенное на постепенном прогрессе, может дать людям с задержкой умственного развития повторяющееся ощущение успеха и привести к существенному прогрессу даже у тех из них, которых ранее считали необучаемыми (McDonnell et al., 1993). Выбор школы для молодых людей с незначительной задержкой умственного развития трудная задача как для родителей, так и для руководства учебного заведения. Родители борются за обучение ребенка в специализированных классах *при* общественных школах, узнав, что изоляция от сверстников лишь усугубляет проблему. Однако слишком часто обучение такого ребенка в общественной школе заканчивается тем, что с ним обращаются специфическим образом, вследствие чего он, вместе с остальными отстающими учениками, попадает в изоляцию уже в этих условиях. Согласно современным представлениям, такой тип образования имеет серьезные ограничения в плане обучения и социального развития ребенка; для многих детей с задержкой умственного развития гораздо лучше посещать обычные занятия, по крайней мере большую часть учебного дня. Этот подход, получивший название **включенность в жизнь общества**, требует очень тщательного планирования, высокого уровня профессионализма учителей и изменения учительских установок (Birns & Bridger, 1977; Borg & Ascione, 1982; Budoff, 1977; Hanrahan, Goodman & Rapagna, 1990; Kozleski & Jackson, 1993; Stafford & Green, 1993).

Проведенные исследования заставили прийти к выводу о том, что включение в жизнь общества не панацея для детей с задержкой умственного развития (Gottlieb, 1981). Программы трудно организовывать и внедрять в жизнь (Lieberman, 1982); их успех (или провал) зависит от таких трудно поддающихся изменениям факторов, как установки учителей и общий климат в классе (Haywood, Meyers & Switsky, 1982; Miller, 1989; Schumm & Vaugh, 1992). Более того, любой успех в образовании может обернуться отрицательным результатом в самооценке детей с данной патологией в результате их общения с более продвинутыми в когнитивном отношении сверстниками (Haywood et al., 1982; Santich & Kavanaugh, 1997). Гришем (Gresham, 1982) утверждает, что такую опасность можно существенно уменьшить или вообще избежать, если привить детям с задержкой умственного развития определенные

социальные навыки перед тем, как они поступят в обычный класс. Кроме того, при чутком управлении ситуацией здоровые одноклассники этих детей сами могут извлечь пользу из опыта общения с ними (Lincoln et al., 1992). Вариант включения детей с задержкой умственного развития в жизнь общества под названием «Параллельные альтернативные учебные программы» делает акцент на специализированных инструкциях в обычном классе, что оказалось многообещающим. Однако даже в этом случае следует уделять много внимания подготовке учителей (Chandler, 1985; Smith & Smith, 1985).

В настоящее время можно прийти к следующему заключению: школьная система не должна предпринимать никаких попыток включить детей с дефектами развития в жизнь общества без тщательного планирования и специальной подготовки. Другими словами, для того чтобы добиться положительных результатов, недостаточно просто «изображать» деятельность; руководители педагогической системы должно тщательно пересмотреть глубинные установки и взаимоотношения внутри школьной бюрократии, чтобы обеспечить успех предпринятых усилий.

Профилактика

Начиная с 1960-х годов программы, направленные на профилактику задержки умственного развития, уделяли основное внимание тому, чтобы дети из группы высокого риска получали интенсивную когнитивную стимуляцию, что, как предполагалось, позволяло существенно улучшить развитие умственных способностей. Проект *Head Start* является известным примером мероприятий такого рода на уровне местной общины, эффективность которого трудно оценить (Gamble & Zigler, 1989). На самом деле, местные программы *Head Start* имели значительные отличия в организации и управлении, а также планировании изменений жизни таких детей. Неизбежная политическая и бюрократическая волокита также препятствовала решению тех задач, на которые была нацелена эта программа (Zigler & Muenchow, 1992). В конце концов, ни одна программа обучения с раннего возраста не может гарантировать успешного исхода. Тем не менее существующие факты убедительно и достоверно указывают на то, что программы *Head Start*, при условии хорошего исполнения, открывают многим детям путь к получению образования и профессии; учитывая общественное мнение, а также возможность неудачи, эти программы являются чрезвычайно успешным вкладом общин (Zigler & Styfco, 1994).

Отрицательный момент состоит в том, что успехи в образовании многих детей, обучающихся по этим программам, вызваны в первую очередь временным усилением мотивации, а не повышением уровня когнитивного развития (Zigler et al., 1982). Если дети остаются в условиях отрицательного окружения, то успехи, достигнутые ими в процессе краткосрочных программ, могут быть утрачены (Garber, 1988; Gray & Ramsey, 1982; Switsky, 1997). Очевидно, что для закрепления этих ранних успехов предстоит узнать и сделать очень много. Отсутствие существенных и продолжительных успехов в обучении может привлечь внимание политической оппозиции, направленной против дорогих социальных программ, и снизить финансовые инвестиции (Chafel, 1992). Дело в том, что деньги все равно будут потрачены, и как правило достаточно большие суммы, на такие вещи, как пособие детям-иждивенцам, постоянное содержание в интернате, центры коррекции и «войну с наркотиками».

Федеральные инициативы, начатые в 1960-х годах администрацией Кеннеди, сильно видоизменились со временем. Требования федерального бюджета к программам, обладающим национальным приоритетом, возросли, а фонды, предназначенные для помощи людям с задержкой умственного развития, претерпели девальвацию. Начиная со времен правления администрации Никсона в начале 1970-х годов, было серьезно урезано выделение денег на обучение и исследование в области всех дисциплин, связанных с психическим здоровьем. Эта тенденция усиливалась по мере того, как национальный долг возрастал до беспрецедентного уровня, а многие штаты испытывали серьезные финансовые трудности. В результате мы оказались не в состоянии полностью извлечь выгоду из наших знаний о путях и методах исправления или предупреждения трудностей, испытываемых детьми и взрослыми с задержкой умственного развития. В связи с окончанием холодной войны и все более явными признаками процветания мировой экономики наступило время возобновить наши усилия по предупреждению задержки умственного развития.

Расстройства научения

В отличие от общей картины таких расстройств, как задержка умственного развития и аутизм (см. главу 14), **специфические расстройства научения** (называемые также специфическими расстройствами развития) имеют четко очерченный характер и могут наблюдаться у детей, которые во всем остальном ведут себя нормально или даже демонстрируют одаренность (Ferri, Gregg & Heggoy, 1997). Неадекватное развитие может проявляться в сфере языка, речи, математических или двигательных навыков и не связано с каким-либо явным физическим или неврологическим дефектом. Из всех этих проблем наиболее изучены многочисленные трудности с чтением и письмом, известные под названием дислексия. При дислексии индивиду трудно распознать слова и понять прочитанное. У него часто возникают сложности в написании текста. При чтении эти индивиды обычно пропускают, добавляют или искажают слова, а их чтение слишком медлительное и запинающееся.

Постановка диагноза расстройств научения ограничивается теми случаями, когда присутствуют явные нарушения в процессе школьного обучения или (если это не учащийся) в выполнении повседневных дел, проистекающих не из задержки умственного развития или расстройств, связанных с развитием, например аутизма. Расстройства навыков вследствие дефицита внимания с гиперактивностью, описанного в главе 14, кодируются в этой последней рубрике. Ряд исследователей полагают, что дефицит внимания лежит в основе многих расстройств научения, однако представленные доказательства этого вызывают большое сомнение (Faraone et al., 1993b). В данном разделе мы уделим основное внимание специфическим расстройствам учебных навыков, связанным с развитием, известным как неспособность к научению, или, в соответствии с терминологией *DSM-IV*, как *расстройства научения*. О детях (и взрослых) с такими расстройствами можно сказать, что они не способны к обучению. Этот диагноз мальчикам ставят намного чаще, чем девочкам, однако эти данные сильно варьируют у разных авторов. Кроме того, возможно, что сами наблюдения не точны, поскольку мальчики с таким нарушением чаще становятся объектом внимания школьной администрации вследствие проблем с поведением.

Клиническая картина при расстройствах научения

Диагноз расстройства научения ставили детям в связи с явным несоответствием между их ожидаемым уровнем успехов в учебе и реальной успеваемостью по одному или нескольким школьным предметам, например математике, письму и чтению. Как правило, у этих детей общий *IQ*, семейные обстоятельства и приверженность культурным нормам и символам соответствуют как минимум средним школьным нормам. У них нет явных эмоциональных проблем; мотивация, готовность к сотрудничеству и желание доставить удовольствие своим учителям и родителям не отсутствует, по крайней мере в начале обучения. Тем не менее они терпят неудачи, часто крайней степени, и обычно с упорным и загадочным постоянством. Почему? Как мы увидим, на это трудно дать удовлетворительный ответ.

Фрустрация учителей, школьной администрации, родителей, других работников школ и прежде всего самих ребят практически неизбежна при таком сценарии, что затрудняет попытки найти решение проблемы. Чарльз Винер (Wenar, 1990) так описывает эту сложную ситуацию:

> Вы — школьный психолог. У вас был трудный день. Апофеозом стал телефонный звонок директору Викваерской школы. В пригородных школах дети из обеспеченных семей, которые имеют дома по 2 плавательных бассейна, не разговаривают с теми, у кого в доме только один бассейн. Вы звонили насчет Йона Хастингса, 16-летнего подростка, за плечами которого длинный шлейф школьных неудач. Тестирование умственных способностей показало, что он достаточно одарен для того, чтобы учиться в колледже, но он находится лишь на 8-м уровне. У него есть явный талант к строительству моделей ракет и скоростных катеров и настоящее чутье на рисование карикатур. Хотя орфография является сущим наказанием для Йона. Он с трудом прочитывает одно слово за раз, а пишет еще медленнее. Из-за повторяющихся неудач и разлада со сверстниками у него ухудшились отношения с классом, и он начал дерзить учителям.
>
> Вы позвонили директору, чтобы предложить способы преодоления трудностей с чтением у Йона. Он достаточно одарен, чтобы усвоить большую часть лекционного материала, может быть, он сможет регулярно сдавать устные экзамены? Если бы его научили печатать, может быть, он мог бы печатать, а не писать свои экзаменационные работы? Может быть, директор сочтет возможным организовать специальные уроки для всех детей, имеющих проблемы с обучением?
>
> Директор был учтив, но дал пример максимального сопротивления, с которым вам пришлось столкнуться за всю свою жизнь. Он «понимал ваши соображения», но просил «взглянуть на ситуацию с другой точки зрения», «школа попыталась сделать все возможное, но безуспешно», «мальчик неисправим», «вы не можете помочь ребенку, если ребенок не желает, чтобы ему помогли» и, наконец (вы чувствовали это с самого начала), «Я не могу предоставить льготы только одному ученику, я должен предоставить их всем. На следующий же день половина родителей придут ко мне в кабинет, требуя, чтобы я сделал что-нибудь для повышения оценок их детям» (р. 197).

Нарушение научения — патология, которую признают отдельным и достаточно распространенным типом расстройства на протяжении более 40 лет. Ей посвящено множество исследований, однако во многих школьных уставах она до сих пор не получила тот статус, которого заслуживает. Напротив, как показывает приведенный выше пример, мы сталкиваемся с обвинениями в адрес больного и с переносом проблем ребенка на недостатки его характера, что до сих пор ежедневно

практикуют многие учителя и школьные администраторы как в государственных, так и в частных школах (Bearn & Smith, 1998; Fischer, 1993; Moats & Lyon, 1993). Там, где запрещены какие-либо отступления от правил, например в большинстве публичных школ и многих альтернативных образовательных заведениях, ребенок, обучающийся медленнее других или имеющий какие-либо другие проблемы, считается смутьяном и угрозой господствующей теории обучения.

Такие конфликты между нарушением детской способности к научению и школьной системой с ригидной доктриной и жестким режимом могут нанести невосполнимый урон детской самооценке и общему психологическому благополучию ребенка. Результаты исследований говорят о том, что этот эффект не всегда исчезает после окончания средней школы (Aspis, 1997; Brinckerhoff, 1993; Bruck, 1987; Cooper, 1997; Ferri, Gregg & Heggoy, 1997; Khan, Cowan & Roy, 1997; Michaels, Lazar & Risucci, 1997; Saracoglu, Minden & Wilchesky, 1989; Walters & Croen, 1993; Wilczencki, 1993). Таким образом, даже тогда, когда трудности расстройства научения не являются более серьезной помехой, у взрослого человека может остаться травма после болезненных неудач в школе.

Несомненно, существуют и более светлые стороны. Талант и мотивация к преодолению преград при расстройстве научения иногда может привести к удивительным жизненным свершениям. Сэр Уинстон Черчилль, британский премьер-министр, писатель и признанный лидер времен Второй мировой войны, в детстве страдал дислексией. То же самое говорят и о Вудро Вильсоне, бывшем университетском профессоре и Президенте Соединенных Штатов, и о Нельсоне Рокфеллере, бывшем губернаторе Нью-Йорка и вице-президенте США. Эти примеры напоминают нам, что «невезение» и личное несчастье, заключающееся в расстройстве научения, отнюдь не обязательно влекут за собой лишения; однако справедливо и обратное.

Причины расстройств научения

Причиной расстройств научения считаются, прежде всего, тонкие нарушения центральной нервной системы. В частности, предполагают, что эти расстройства проистекают из незрелости, дефицита или разлаженности тех функций, которые обеспечивают развитие когнитивных навыков у нормальных детей и которые дети с таким нарушением не в состоянии приобрести. Например, многие исследователи убеждены в том, что относящиеся к языку расстройства научения, такие как дислексия, связаны с неспособностью головного мозга к развитию нормальной асимметрии правого и левого полушарий. В частности, те участки левого полушария, которые в норме осуществляют языковые функции, у многих индивидов, страдающих дислексией, в силу неизвестных причин остаются недоразвитыми (Beaton, 1997; Obrzut, Paquette & Flores, 1997).

Несколько лет назад термин **«минимальная мозговая дисфункция»** (ММД) был очень популярен для обозначения таких предполагаемых органических нарушений головного мозга. Однако до сих пор неясно, что же на самом деле обозначает этот термин. У одних детей с расстройствами научения проявлялись определенные заболевания головного мозга, например церебральный паралич, эпилепсия или тяжелая травма головы (Yule & Rutter, 1985). В то же время у подавляющего большинства таких детей эти признаки отсутствовали. У других детей могли проявляться «мягкие признаки» неврологических повреждений, но они встречались достаточно редко.

Следовательно, существует недостаточно доказательств того, что у детей с расстройствами научения имеет место некоторая дисфункция центральной нервной системы (Durrant, 1994; Schwartz & Johnson, 1985). Вместе с тем результаты проведенных работ с использованием изображений, полученных методом ядерного магнитного резонанса (см. главу 15), позволяют выдвинуть предположение о понижении физиологической активности мозговых центров, участвующих в быстрой переработке визуальной информации у индивидов, страдающих дислексией (Travis, 1996).

Все большее число доказательств свидетельствует о страдании людей с дислексией от потенциально устранимого (посредством тренировки, упражнений) дефицита переработки слуховой информации (см., например: Brown, 1997; Busink, 1997; Faust, Dimitrovsky & Davidi, 1997). Такие люди испытывают затруднения с правильным пониманием слов и частей слов (фонем) как звуковых единиц и, следовательно, не могут правильно и быстро использовать «звучание» того, что они пытаются прочитать. Стейн и Уолш (Stein & Walsh, 1997) оспаривают это представление, опирающееся только на фонологию, и утверждают, что данные ряда исследований указывают на снижение у таких людей способностей к переработке быстро поступающей сенсорной информации в визуальной, двигательной и фонологической «системах». Такое представление о дефиците многих навыков, связанных с чтением, подтверждают результаты недавно проведенного великолепно спланированного исследования Бадиана (Badian, 1997).

Некоторые ученые предполагают, что различные формы расстройств научения, или предрасположенность к ним, передаются генетически. Этот вопрос не столь глубоко и строго изучен, как в случае других патологий. Два генеалогических исследования (Hallgren, 1950; Finucci et al., 1976) выявили семейную предрасположенность в отношении расстройства чтения (дислексии). Оуэн (Owen, 1978) ссылается на исследование однояйцевых близнецов, у которых была установлена 100-процентная генетическая предрасположенность к расстройству чтения. Поступило сообщение об идентификации в 6-й паре хромосом гена, ответственного за дислексию (*Science News*, 22 октября. 1994, p. 271). Гипотеза о вкладе наследственности в дислексическую форму расстройств научения кажется многообещающей, вместе с тем маловероятно, что только один ген оказывается причиной всех случаев расстройств чтения. Недавно выполненное исследование близнецов, посвященное неспособности к математике, дало доказательства вклада генетических факторов в развитие этой формы расстройства научения (Alarcon et al., 1997).

Суммируя все вышеизложенное, следует отметить: имеющиеся биологические гипотезы об этиологии расстройств научения, несмотря на широкое распространение, не дают объяснений их механизмов и (за исключением дислексии) не имеют достоверного подкрепления фактами. Они обладают некоторой привлекательностью, равно как и альтернативные теории о психосоциальных причинах расстройств научения.

Несомненная сложность психологических процессов, участвующих в формировании расстройств научения (Ceci & Baker, 1987), затрудняет исследование их причин. Существующие исследования, большинство из которых посвящено проблеме дислексии, обладают рядом недостатков: субъективным выбором проблемы, недостаточным контролем и другими серьезными методологическими упущениями (Durrant, 1994; Lyon & Moats, 1997; Vellutino, 1987).

Несмотря на видимое многообразие различных факторов, относящихся к расстройствам научения, существуют и общие закономерности в развитии данной патологии. Именно такой позиции придерживается Уорден (Worden, 1986), утверждающий, что для идентификации наиболее слабых моментов у детей, страдающих расстройством научения, необходимо исследовать подходы к обучению хороших учеников. Только в этом случае для преодоления слабых сторон в научении можно использовать специализированное обучение. Автор предлагает ответить на следующие вопросы.

1. Какие стратегии запоминания используют нормально успевающие и хорошие ученики и чем они отличаются от стратегий учеников с расстройствами научения?
2. Как нормальные и хорошие ученики контролируют исполнение учебных задач? Например, как хорошие ученики используют информацию о выполнении задания для того, чтобы проверить, где они достигают успеха, а где — нет, и при необходимости внести соответствующие коррективы?
3. Какие стратегии научения используются хорошими учениками и не используются детьми с расстройствами научения? Осознают ли последние преимущества такой стратегии, например существования временны́х ограничений, существующих при выполнении многих школьных заданий?
4. Какие мотивы существуют у хороших учеников и чем они отличаются от мотивации плохих учеников? Ориентируется ли ученик на достижение успеха или избегает неудач? Чему приписываются успехи и неудачи: личным способностям, трудности задания, везению или каким-то другим факторам?

Подход Уордена к анализу сложных проблем, касающихся приобретения навыков обучения, несомненно, перспективный, поскольку предлагает способ распутать плотный клубок образовательных задач, которые возникают у ребенка с расстройствами научения. Тем не менее даже точная информация о том, как именно подход детей с расстройствами научения отличается от стратегии нормальных детей, не дает нам ответа на вопросы об источнике этих различий. Однако реализация этой идеи может привести к формированию целого набора рациональных, строго подобранных стратегий вмешательства и коррекции неэффективного способа научения у детей с такими расстройствами.

Лечение и исход

Поскольку в настоящее время мы не представляем особенности психики ребенка с расстройствами научения, наши успехи в лечении этих детей весьма ограничены. Известно большое число сообщений, описывающих единичные случаи обучения, в которых заявляют об успехе различных подходов к лечению, в то время как существует всего лишь несколько хорошо спланированных исследований комплексного подхода к проблеме расстройств научения. Исследуя проблему расстройства чтения, которой посвящено большинство работ, Гиттельман (Gittelman, 1983) в своем обзоре приводит довольно мало положительных результатов. Более того, любые кратковременные улучшения навыков чтения ослабевают или вообще исчезают со временем (Yule & Rutter, 1985).

Эллис (Ellis, 1985) предложил модель всестороннего вмешательства для облегчения научения (получившую название Инструкции по интегрирующей стратегии),

которая вызвала значительный интерес у специалистов в этой области (Houck, 1993; Hutchinson, 1993; Parker, 1993; Walsh, 1993). Эта инструкция дает некоторое количество стратегий для учителей, направленных на ключевые аспекты процесса научения: ознакомление, систематизацию, применение и обобщение. Несмотря на то что эту модель не подвергали строгой проверке на эффективность, ее систематический характер, основанный на знаниях, является долгожданным дополнением к анализу педагогических проблем, связанных с детьми, страдающими расстройствами научения. Ее применение потребует административной гибкости, высокого уровня профессионализма учителей и их сильной мотивации, что достаточно редко встречается в условиях обыкновенной школы (Bearn & Smith, 1998; Hutchinson, 1993; Male & May, 1997; Parker, 1993).

В последнее время все больше усилий направляют на то, чтобы выявить студентов с расстройствами научения в высшей школе, и предоставить им соответствующие услуги. Многие из них оказываются достаточно одаренными и талантливыми, чтобы обойти барьеры, поставленные на их пути предыдущими этапами образования, но позднее сталкиваются с задачами, которые требуют от них таких умений, которыми они просто не обладают (Ferri, Gregg & Heggoy, 1997). Уолтерс и Крён (Walters & Croen, 1993), например, описывают усилия, необходимые для обучения в медицинской школе; они подчеркивают необходимость раннего выявления студентов с расстройствами научения и оказания им соответствующей помощи и предоставления минимальных льгот. Янок (Yanok, 1993) описывает успешную образовательную программу развития для студентов колледжей, страдающих расстройствами научения, дающую этим индивидам «равные возможности на получение образования».

В настоящее время существуют весьма ограниченные данные о долговременной адаптации взрослых, которые сталкивались в детстве и юности с личными, учебными и социальными проблемами, влекущими обычно за собой расстройства научения. Два научных исследования, посвященных студентам колледжей, имеющим расстройства научения (Gregg & Hoy, 1989; Saracoglu et al., 1989), позволяют сделать вывод о сохранении у этой группы учебных, личных и социальных проблем даже после окончания средней школы. Примерно у половины взрослых с расстройствами научения установлены «личностные аномалии» (Kha & Roy, 1997). На основании имеющейся литературы был составлен большой список проблем, с которыми обычно сталкиваются взрослые люди, страдающие расстройствами научения (Cato & Rice, 1982). Помимо ожидаемых проблем с уверенностью в себе, он включает отсутствие самых обычных навыков, например математических, с которыми эти люди столкнулись еще в детстве. Авторы подчеркивают, что среди таких людей существуют значительные индивидуальные различия, еще раз подтверждая, что некоторым людям с расстройствами научения удается преуспеть в жизни.

Нерешенные проблемы:

Культурно-семейные задержки умственного развития

Проблема культурно-семейной задержки умственного развития, лишенной какого-либо биологического обоснования, слишком распространена и продолжает порождать тревогу; в значительной степени она осложняется вопросами расовых отноше-

ний и подвергающихся критике этнических различий в природных способностях. Не существует научных доказательств различий в строении и функционировании ткани мозга у людей в связи с их расовой или этнической принадлежностью. С другой стороны, известно достаточно большое количество фактов, демонстрирующих, что результаты выполнения стандартизированных тестов, нацеленных на предсказание учебных успехов, значительно варьируют в разных этнических группах. Содержащая значительные противоречия книга «Нормальное распределение» (Herrnstein & Murray, 1994) содержит всестороннее обсуждение межгрупповых различий средних результатов тестов умственных способностей. Измеряют ли эти тесты, в той или иной степени, «интеллект», как мы полагаем? На самом деле тесты на интеллект в первую очередь обладают валидностью в отношении своей способности предсказывать школьные успехи.

Можно с полным основанием считать главной функцией школы передачу достижений культуры от одного поколения другому; к ним мы относим то, что называется общечеловеческими ценностями. В этом случае тесты на интеллектуальные способности предназначены для того, чтобы оценить степень легкости, с которой тот или иной ребенок усвоит и адекватно переработает то, что предлагает школа. В этой связи не выглядит неожиданным предположение о зависимости успехов ребенка в школе от объема информации о культурных ценностях, которое он усвоил до школы и продолжает усваивать вне школы. Действительно, имеющиеся факты подтверждают эту гипотезу и говорят о том, что *IQ* человека («коэффициент интеллекта») значительно повышается, если увеличивается доступ к достижениям культуры. Следовательно, представление о том, что с помощью него измеряется, главным образом объем знаний культурных ценностей, усвоенных ранее, выглядит достаточно правдоподобным. С этой точки зрения, идея о «независимом от культуры» тесте, определяющем интеллектуальные способности ребенка, позволяющем предсказать, в классе какого уровня он будет учиться в школе, на практике не осуществима.

Тот факт, что доля афроамериканцев достаточно велика среди тех, кого относят к «отсталым», связана с определением задержки умственного развития в первую очередь по результатам тестов *IQ*. В тестах этого типа афроамериканцы постоянно уступают белым, в среднем, на 15 пунктов. Как бы мы ни интерпретировали эти данные — как «искажения теста» или «реальные различия» (учитывая высказанные аргументы, это одно и то же), один вывод очевиден: афроамериканцы занимают крайне невыгодное положение при вступлении в стандартную систему образования. Успех в момент вступления в эту систему главным образом определяется прогнозом на основе тестов *IQ*, которые на этом этапе достаточно эффективны. Если школьные успехи (в общепринятом смысле) позволяют приобщиться к сокровищам нашей великой культуры (у нас по этому поводу есть некоторые сомнения), то значительная доля афроамериканцев не будет жить хорошо до тех пор, пока не удастся найти способ решения этой проблемы.

В 1960-х годах были начаты серьезные попытки решить эту проблему. Хорошим примером является проект *Head Start*. Программы, начатые в тот период, позволили узнать очень многое, а самый важный урок состоял в том, что настоящий и продолжительный успех стоит дорого. Мы узнали, что успехи в приобретении учебных навыков, полученные дошкольниками в проекте *Head Start*, не сохраняются,

если не удается создать более разнообразное окружение. Однако последующие изменения в национальных приоритетах и политической атмосфере, особенно на федеральном уровне, сделали невозможным плодотворное продолжение этих инициатив. Нам не удалось вновь сделать рывок в этой области, и в момент написания этой книги маловероятно, что это случится в скором времени. Если усилия по прекращению холодной войны и созданию «нового мирового порядка» будут продолжены, можно будет освободить необходимые фонды и энергию для того, чтобы разработать новый порядок в нашей стране, при котором все дети получали бы равное образование. Мы считаем мнение о том, что они получают его сейчас, грубой ложью.

Резюме

К нейрофизиологическим относятся такие расстройства, при которых психические симптомы неврологического или психопатологического типа (когнитивные расстройства и бред, соответственно) возникают в результате нарушения функционирования головного мозга и связаны обычно с повреждением мозговой ткани. Данные расстройства являются физическими заболеваниями и, в соответствии с этим, кодируются по III оси *DSM*-IV в дополнение к кодировке по I оси, кодирующей заболевания с психическими симптомами. *DSM* предполагает наличие определенных нейропсихологических синдромов, дающих основание для психиатрического диагноза по I оси в тех случаях, когда точная органическая этиология неизвестна или подразумевается сопутствующее заболевание, относящееся к III оси; в том числе делирий, деменция, амнестический синдром и нейропсихологические синдромы бредового расстройства, расстройства настроения и личностного расстройства. Эти синдромы считают первичными поведенческими индикаторами органического заболевания головного мозга. Некоторые из них имитируют расстройства, при которых грубая патология мозга не выявляется, что может затруднять постановку диагноза.

Нейропсихологические расстройства могут быть острыми и преходящими; в этом случае функционирование мозга нарушается лишь временно. Хронические нейропсихологические расстройства, которым мы уделили основное внимание, влекут за собой необратимую утрату нервных клеток. Психосоциальные вмешательства часто помогают снизить психопатологические реакции у людей с хроническими расстройствами, хотя эти люди в неврологическом отношении остаются инвалидами.

Первичные причины деструкции ткани мозга многочисленны и разнообразны; наиболее распространены определенные инфекционные заболевания (например, вирус ВИЧ-1), опухоли головного мозга, физические травмы, дегенеративные процессы (как при болезни Альцгеймера) и цереброваскулярный артериосклероз, часто проявляющийся в виде сосудистой (васкулярной) деменции. Корреляция между неврологическим нарушением в головном мозге и психиатрическим заболеванием, однако, не сильно выражена. У одних людей с серьезными повреждениями мозга тяжелые психические симптомы не развиваются, тогда как у других возникает чрезвычайно сильная реакция на незначительные повреждения. Подобные несоответствия еще не вполне понятны, вероятно, преморбидная личность индивида и его жизненные обстоятельства также имеют значение при определении реакции человека на повреждение головного мозга.

Пожилые люди находятся в группе повышенного риска в отношении развития хронических органических психических расстройств, особенно связанных с дегенерацией мозга, вызванной болезнью Альцгеймера. В молодом возрасте реакция на повреждение клеток головного мозга определяется множеством небиологических факторов. По мере непропорционально большого увеличения доли пожилых людей в населении в связи с волной «бэби-бума», которые попадут в группу риска в начале XXI века, мы столкнемся с серьезными социальными, эмоциональными и экономическими проблемами, если не сможем найти способ предупреждать или эффективно лечить болезнь Альцгеймера.

В том случае, когда серьезные органические нарушения в головном мозге происходят в возрасте до 18 лет (особенно если они врожденные или возникают вскоре после рождения) когнитивные и поведенческие дефициты рассматриваются как задержка умственного развития. Относительно распространенными формами задержки умственного развития, чаще умеренного уровня, являются синдром Дауна, фенилкетонурия (ФКУ) и некоторые аномалии строения черепа. Недостаток психического развития органического типа составляет только 25% всех случаев задержки умственного развития. Диагноз задержки умственного развития, независимо от его происхождения, всегда кодируется по II оси *DSM-IV*.

Около 75% случаев задержки умственного развития не имеет отношения к явным физическим дефектам и, по-видимому, имеет социально-культурное происхождение; этот термин отражает нашу неспособность различить генетическое воздействие и влияние окружающей среды на развитие патологии. Следует соблюдать большие предосторожности, употребляя термин «умственно отсталый», отчасти потому, что он проистекает из слепой веры в результаты тестирования *IQ*. Тест *IQ* представляет собой (и всегда ею был) оценку учебных навыков, а не способности к выживанию и даже процветанию в иных сферах жизни. Существует ряд фактов, свидетельствующих о том, что культурно-семейная задержка умственного развития подлежит лечению и даже профилактике в том случае, если существует способ обеспечения необходимыми когнитивными стимулами детей, испытывающих социальную и экономическую депривацию.

К специфическим расстройствам научения относятся неудачи, ограниченные определенными областями, главным образом такими учебными навыками, как чтение; общие когнитивные способности могут быть нормальными и даже хорошими. Детей с такими нарушениями обычно описывают как неспособных к научению. В этом случае первичной причиной возникновения нарушения обычно считают некоторые локальные дефекты развития головного мозга, хотя подтверждение органической причины такого расстройства, скорее, не правило, а исключение. Расстройства научения вызывают фрустрацию и беспокойство у больных, их семей, школы и ответственных профессионалов. Существуют различные методы лечения этих расстройств, главным образом тренировки того или иного типа; многие из них заканчиваются несомненным успехом. Однако надежных исследований результатов вмешательств подобного рода практически нет. Долгосрочный прогноз в случае расстройств научения обычно не очень оптимистичный.

ГЛАВА 14

Расстройства в детском и подростковом возрасте

Вплоть до XX века специфическим признакам психопатологии у детей уделялось мало внимания; нарушения адаптации, например аутизм, считались относительно нормальными для детского возраста и не подвергались специальному рассмотрению. Только с возникновением системы охраны психического здоровья и развития детей были предприняты первые попытки изучения, оценки и лечения неадаптивных поведенческих паттернов у детей и подростков. Однако прогресс в детской психопатологии все еще отставал от развития психопатологии взрослых. На самом деле, как мы увидим, в начале проблемы детства рассматривались просто как частный случай диагностических систем взрослых.

Согласно господствующим взглядам, дети считались всего лишь «маленькими взрослыми». При таком подходе невозможно учесть специальные проблемы, например, связанные с изменениями в процессе развития, которые обычно имеют место у детей или подростков. Лишь недавно мы пришли к пониманию того, что невозможно понять особенности расстройств в детском возрасте без учета процессов развития. Сегодня, несмотря на огромный прогресс, достигнутый в деле лечения больных детей, наши возможности все еще несопоставимо меньше размера угрозы, которую несут в себе детские психические нарушения, а большинство проблем детства все еще не получает должного внимания психологов. Количество детей с психологическими проблемами весьма велико.

Исследования, проведенные в разных странах, говорят о том, что показатель детских расстройств составляет 17–22% (Costello, 1989; Institute of medicine, 1989; Verhulst & Koot, 1992; Zill & Schoenborn, 1990). В Новой Зеландии на протяжении 21 года проводились наблюдения за группой из 1600 детей, принадлежащих к одной когорте — дети, родившиеся примерно в одно и то же время, в 1975–1976 годах, в больнице им. Королевы Марии в Дандине, Новая Зеландия. Целью такого продолжительного исследования было получение лонгитюдных данных о здоровье и поведенческих проблемах, а также вероятных коррелятов психопатологии. На протяжении исследования примерно у одного ребенка из четырех развились психологические расстройства (McGee, Feehan & Williams, 1995).

Большинство авторов отмечали проблемы с приспособлением у мальчиков чаще, чем у девочек. В исследовании психологических расстройств у детей Андерсена (Anderson et al., 1987) одно или более расстройство было выявлено у 17,6% 11-летних детей, при этом соотношение больных мальчиков и девочек составило соответственно 1,7 к 1. Преобладали такие расстройства, как дефицит внимания

с гиперактивностью (ДВСГ) и тревожное расстройство в связи с разлукой. Зилл и Шонборн (Zill & Schoenborn, 1990) сообщают, что уровень расстройств в детстве варьирует в зависимости от пола. При этом у мальчиков наблюдаются более высокие показатели эмоциональных проблем как в детстве, так и в подростковом периоде. Однако в отношении некоторых заболеваний, например пищевых нарушений, более высокие показатели демонстрируют девочки.

Первый раздел этой главы мы посвятим некоторым общим характеристикам неадаптивного поведения у детей и их сравнению с расстройствами у взрослых. Затем мы изучим проблемы, связанные с диагностической классификацией психических нарушений у детей. После этого будут рассмотрены некоторые самые важные расстройства в детском и подростковом периодах. В конце раздела вашему вниманию предлагается детальное описание специфических факторов, участвующих в лечении и профилактике проблем у детей.

Неадаптивное поведение в различные периоды жизни

Вследствие пути, по которому проходит развитие личности, влияния разных этапов роста и развития, а также стрессовых факторов, с которыми люди сталкиваются в течение жизни, закономерным является обнаружение некоторых различий в неадаптивном поведении в периоды детства, подросткового возраста и взрослости. Детские расстройства имеют особые характеристики, требующие внимательного рассмотрения. Расстройства у молодых людей можно понять лишь с учетом изменений, происходящих в процессе нормального развития. Психологическая зрелость связана с ростом головного мозга, который созревает в старшем юношеском возрасте (между 17 и 21 годами) (Hudspeth & Pribram, 1992). На протяжении развития индивида нередко возникают различные поведенческие проблемы и угроза нормальной адаптации (Kazdin, 1992). В действительности некоторые типы поведения, которые характеризуют плохое приспособление или эмоциональные отклонения, встречаются в детстве достаточно часто. Наука о развитии (Hetherington, 1998) и **психопатология развития** (Cicchetti & Rogosch, 1999) — две области знания, посвященные возникновению и развитию индивидуальной недостаточной адаптации в контексте нормальных процессов роста.

Необходимо рассматривать поведение ребенка в сравнении с нормальным развитием в период детства. Мы не сможем понять или счесть поведение ребенка аномальным, если не определим, соответствует ли оно возрасту ребенка. Такое поведение, как вспышки гнева или попытки съедания несъедобных предметов, можно рассматривать как симптомы аномального поведения в возрасте 10 лет, но не в 2 года. В настоящее время мы обладаем достаточно отчетливыми знаниями о характеристиках детских нарушений в разные возрастные периоды. Однако не существует четкого разделения между неадаптивными поведенческими паттернами в детском и подростковом периодах, а также между такими паттернами в подростковом и взрослом возрасте. Таким образом, хотя в этой главе мы сосредоточим наше внимание на поведенческих нарушениях у детей и подростков, нам неизбежно придется коснуться расстройств, характерных для более поздних этапов жизни. В этом контексте полезно помнить, что развитие личности представляет собой непрерыв-

ный процесс: эмоциональные проблемы детства могут проявиться позднее и оказывать воздействие на человека уже в период взрослости.

Разнообразие клинических картин

Как правило, клиническая картина расстройств в детском возрасте отличается от тех, что наблюдаются в последующие этапы жизни. Некоторые эмоциональные нарушения в детстве могут быть менее продолжительными и специфичными по сравнению с проблемами, характерными для периода взрослости (Mash & Dozois, 1996). Однако следует помнить, что детские расстройства нередко оказывают серьезное воздействие на будущее развитие. В одном из исследований было продемонстрировано, что у индивидов, бывших пациентами детских психиатрических больниц в возрасте между 5 и 17 годами, уровень смертности вследствие неестественных причин через 4–15 лет после этого события примерно в 2 раза превышал показатель для населения в целом (Kuperman, Black & Burns, 1988). Основной причиной гибели были самоубийства; причем количество суицидов в данной группе было значительно выше по сравнению с остальным населением.

Особая ранимость маленьких детей

Маленькие дети особенно подвержены развитию психологических проблем (Masten & Coatsworth, 1998). У них еще не сформировался сложный, реалистический взгляд на самих себя и окружающий мир, который появляется в более старшем возрасте, они меньше понимают себя. В этот период у детей еще не возникает стабильного ощущения идентичности и ясного представления о том, чего от них ждут, какими ресурсами они обладают. Непосредственная угроза воспринимается, как правило, без учета прошлого и будущего и, таким образом, гораздо меньше смягчается и кажется более значимой. В результате детям зачастую гораздо сложнее справляться с факторами стресса, чем взрослым (Compas & Epping, 1993; Keppel-Benson & Ollendick, 1993). Например, длительное исследование молодых жертв наводнения в Буффало-Крик показало, что у них гораздо выше риск развития посттравматического стресса после катастрофы, особенно в семьях с тревожной атмосферой, которая добавляет дополнительный стресс к проблемам, проистекающим из природной катастрофы (Green et al., 1991) (см. справку 14.1).



Мы не сможем понять или счесть поведение ребенка аномальным без учета его стадии развития и возраста. Психопатология развития посвящена возникновению и развитию недостаточной адаптации в контексте нормальных процессов роста.

Возникает предположение, что подобное ограничение в восприятии и оценке приводит у детей к созданию нереалистических концепций для объяснения события. Например, ребенок может покончить с собой, пытаясь воссоединиться с умершим родителем, сиблингом или любимым домашним животным. У маленьких детей самоубийство или насилие, совершенное по отношению к другому человеку, может не сопровождаться реальным пониманием окончательности смерти.

Дети также гораздо более зависимы от других людей, чем взрослые. Такая зависимость в некоторой степени служит буфером против других опасностей, поскольку взрослые могут «защитить» ребенка от воздействия стрессовых факторов. В то же время это делает детей крайне уязвимыми в отношении отторжения, разочарования и неудачи, если окружающие игнорируют их в связи с собственными проблемами. Недостаток опыта в борьбе с несчастьями может привести к тому, что решаемые проблемы будут казаться неразрешимыми. С другой стороны, хотя неопытность и отсутствие независимости заставляет детей отступать перед проблемами, которые кажутся незначительными среднестатистическому взрослому, они обычно гораздо быстрее оправляются от своих ран.

Классификация расстройств в детском и подростковом периодах

Вплоть до 1950-х годов не существовало официальной системы классификации эмоциональных и поведенческих проблем у детей и подростков. Классический труд Э. Крепелина (Kraepelin, 1883) о классификации психических расстройств не рассматривал нарушения у детей. Только в 1952 году, когда была опубликована первая официальная психиатрическая номенклатура *DSM-I*, появилась система классификации детских расстройств. Однако система *DSM-I* была достаточно ограниченной и включала в себя только два эмоциональных расстройства детей: детскую шизофрению и детскую реакцию адаптации. В 1966 году Группа прогресса в психиатрии предложила детальную и всеобъемлющую систему классификации для детей. В 1968 году при ревизии *DSM* (*DSM-II*) было включено несколько дополнительных категорий. Тем не менее, как клиницисты, пытавшиеся диагностировать и лечить проблемы детей, так и исследователи, которые направляли свои усилия на расширение нашего понимания о детской психопатологии, были убеждены в том, что ранее существовавшие подходы к рассмотрению психологических нарушений у детей в силу ряда причин страдали неадекватностью и неточностью.

Самая большая проблема проистекала из того факта, что для нарушений у взрослых и у детей разрабатывали одну и ту же систему классификации. Однако многие расстройства, например аутизм, расстройства научения и школьные фобии, не имеют аналогий в психопатологии взрослых. Первые системы также игнорировали то, что у детей в случае развития симптомов расстройства важную роль играли факторы окружающей среды, то есть чрезвычайно сильное влияние оказывало принятие или отвержение их семьей. Так, крайняя терпимость к девиантному поведению, например спокойное отношение родителей к частым прогулам школьных занятий сыном или дочерью, так и полное его/ее отторжение, пренебрежение, могли привести к тому, что крайности в поведении детей рассматривались как норма.

Кроме того, симптомы не соотносили с уровнем развития ребенка. Некоторые поведенческие проблемы могут соответствовать определенному возрастному периоду, а вызывающее тревогу поведение — исчезнуть по мере взросления ребенка.

Категориальная стратегия

По прошествии долгих лет неудовлетворенность классификационной системой расстройств детского поведения привела к серьезному переосмыслению, обсуждению и эмпирическому исследованию проблем, связанных с постановкой диагноза. В главах 1 и 9 мы обсуждали различные методы классификации. При классификации расстройств у детей наиболее важными подходами считается категориальный и пространственный. Первый подход, категориальный, обычно используется клиницистами и восходит к более ранним диагностическим системам классификации. *DSM-IV* представляет собой пример категориальной стратегии: клиницист, или, в случае *DSM-IV*, группа экспертов, на основе анализа диагностической литературы о поведении приходит к некому описательному классу или категории, определяющим данный перечень детских нарушений. Например, сходное поведение, проявляющееся у детей, которые, как полагают, соответствуют диагностическому классу дефицита внимания с гиперактивностью, используется как критерий, определяющий этот класс.

СПРАВКА 14.1

Проблемы психологической адаптации к катастрофам у детей

Ребенок особенно уязвим перед лицом стрессовых ситуаций, возникающих вследствие таких несчастий, как ураган, автокатастрофа или потеря близкого члена семьи. После несчастья у многих детей наблюдается появление специфических страхов, связанных с катастрофой, увеличение зависимости от взрослых, включая проблему расставания с ними, трудности со сном, раздражительность и другие регрессивные поведенческие проявления, например недержание мочи и кала (Vogel & Vogel, 1993). Как было описано в главе 4, посттравматическая реакция на стресс часто сохраняется у детей на протяжении нескольких месяцев после катастрофы (Haizlip & Corder, 1996).

По-видимому, некоторые несчастья сильнее других оказывают на них угнетающее действие. Например, ребенок сильнее переживает ситуации, в которых подвергается опасности его собственная жизнь, или кто-либо из близких членов семьи умирает или получает тяжелое ранение. Кроме того, некоторые дети оказываются более уязвимыми по отношению к психологическим проблемам, сопровождающим несчастье, чем другие. Например, малыши, по всей видимости, сильнее подвержены посттравматическому стрессу, чем дети старшего возраста; у девочек, согласно исследованиям, сильнее, чем у мальчиков, проявляются такие общие посттравматические симптомы, как беспокойство и депрессия.

С целью избежания появления долговременных проблем у детей, переживших несчастье, требуется предварительная подготовка и организация своевременного вмешательства. Эффективную программу по работе с детскими проблемами, возникающими в результате катастроф, предложили Фогель и Вернберг (Vogel & Vernberg, 1993). Предложенная авторами четырех-

Многомерная стратегия

Второй подход, редко используемый клиницистами, но чрезвычайно популярный при проведении эмпирических исследований в психопатологии — многомерная стратегия. При этом подходе используются статистические методы, которые позволяют выделить явные поведенческие кластеры, или пространства, в наблюдаемых симптомах, проявляющихся у детей. Исследователь собирает информацию о симптомах при помощи учителей, родителей и клиницистов или на основе наблюдения за поведенческими характеристиками, то есть получает данные о поведении, характеризующем клиническую картину в тот момент, когда ребенком впервые заинтересовались специалисты. Далее исследователь применяет статистический метод, например факторный анализ, для того чтобы определить различные параметры поведения, демонстрируемого одним ребенком. Контрольный список поведения ребенка (*The child behavior checklist — CBCL*) является наиболее широко изученной и применяемой многомерной стратегией, позволяющей оценить проблемы детского поведения. Ахенбах с коллегами (Achenbach et al., 1995; Achenbach, Howell et al., 1995; Achenbach, Howell & McConaughy, 1995) использовали оценки симптомов проблем детей, сделанные родителями и учителями. Повторно эти дети были обследованы через 6 лет. Исследователи обнаружили, что многомерный подход к детской

фазная модель описывает несколько стратегий, позволяющих справиться с трудностями адаптации к несчастью.

1. **Подготовка, предшествующая несчастью.** Большое значение имеет организация услуг общины с целью эффективного реагирования на потенциальное несчастье. Предварительная подготовка включает в себя развитие сети услуг для удовлетворения нужд детей в случае катастрофы, особенно близкой и реально грозящей.
2. **Вмешательство сразу после катастрофы** (Joyner & Swenson, 1993). Первичное вмешательство включает в себя попытку оказания помощи детям непосредственно после катастрофы в период паники, растерянности при помощи кризисного консультирования и идентификации индивидов с необычно тяжелой реакцией (см. главу 18). Например, после недавнего происшествия со стрельбой в одной из общественных школ, когда несколько человек были убиты и ранены, занятия возобновились уже на следующий день, чтобы помочь детям справиться с их скорбью.
3. **Вмешательство после краткосрочной адаптации.** Целью этой фазы является помощь детям в возвращении к нормальной деятельности. Например, программа социальной поддержки, осуществляемая на базе школы после урагана Хьюго (см. главу 4), в значительной мере способствовала тому, чтобы помочь детям вновь приступить к занятиям (Stewart et al., 1992). Тема уроков в классе часто посвящена обеспечению более полного понимания обстоятельств, сопровождающих катастрофу, и скорейшему возвращению к нормальной повседневной жизни. Детям, наиболее сильно пострадавшим в результате несчастья, должны быть предоставлены семейная терапия и терапия кризисного вмешательства.
4. **Служба долгосрочной адаптации.** Дети, получившие травму или тяжело реагирующие на несчастье, могут нуждаться в индивидуальной или семейной психотерапии на долгосрочной основе.

психопатологии выявляет вариации развития, которые «могли быть замаскированы» при использовании категориальной стратегии постановки диагноза.

Сравнение категориальной и многомерной стратегий

И категориальная, и многомерная стратегии основаны на наблюдениях за детским поведением и позволяют классифицировать состояние ребенка в зависимости от присутствия либо отсутствия симптомов или проблемного поведения. Однако между этими системами существуют явные различия. При категориальной стратегии для постановки диагноза необходимо наличие относительно небольшого числа симптомов, тогда как многомерная стратегия обычно требует присутствия значительного количества взаимосвязанных симптомов для того, чтобы вынести решение о том, что у данного индивида есть проблемы. В результате для категориальной системы характерно выделение многих категорий, определяемых несколькими, иногда довольно редкими, типами поведения. В то время как многомерный подход обычно имеет дело с малым количеством общих классов, включающих в себя многочисленные проявления сходного поведения.

В более широком смысле категориальный подход исходит из модели психопатологии как заболевания и пытается классифицировать проблемное поведение детей как классы психических заболеваний с целью дальнейшего прогноза и лечения. Многомерный подход основан на предположении о том, что типы проявления поведения представляют собой континуум и их можно наблюдать даже у многих нормальных детей; в рамках данного подхода предполагается создание объективной схемы классификации для оценки относительной частоты таких поведенческих проблем у индивидов или группы. Как категориальный, так и многомерный подходы к классификации обладают и достоинствами и недостатками. В данном учебнике основное внимание уделяется клиническим проявлениям расстройств, в том числе редким симптомам, которые могут быть минимизированы при использовании многомерного подхода, поэтому мы будем придерживаться классификационной системы детских и подростковых расстройств, предложенной в *DSM-IV*. Однако не следует забывать, что используемый здесь подход представляет собой лишь один из возможных способов рассмотрения расстройства.

Расстройства в детском возрасте

Мы остановимся подробнее на некоторых расстройствах у детей, уделив особое внимание описанию клинической картины каждого синдрома, анализу возможных причин его возникновения и основным подходам к лечению, доказавшим свою эффективность. Более широкое обсуждение методов лечения представлено в главах 16 и 17.

В данной главе мы рассмотрим: дефицит внимания с гиперактивностью (ДВСГ), расстройства поведения, тревожное расстройство у детей, депрессивное расстройство, несколько специальных симптоматических расстройств и аутизм. Некоторые из этих расстройств носят более кратковременный характер по сравнению со многими аномальными поведенческими паттернами у взрослых, которым были посвящены предыдущие главы, и, возможно, они легче поддаются лечению. Как мы уви-

дим, в случае отсутствия лечения детские проблемы развития иногда практически незаметно преобразуются по мере взросления ребенка в более серьезные и хронические расстройства; также они могут проявляться в виде различных расстройств спустя некоторое время (Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

Дефицит внимания с гиперактивностью (ДВСГ)

Дефицит внимания с гиперактивностью (ДВСГ), часто называемый гиперактивностью, характеризуется проблемами, затрудняющими эффективное целенаправленное поведение у детей: импульсивностью, повышенной двигательной активностью, трудностью концентрации внимания. Симптомы ДВСГ достаточно часто встречаются у детей, находящихся под наблюдением в детских центрах. Фактически гиперактивные дети составляют большую часть пациентов педиатрических заведений и служб охраны психического здоровья; полагают, что это расстройство проявляется примерно у 3–5% детей школьного возраста (Goldman et al., 1998). Однако в одном из недавно опубликованных исследований были приведены данные о гораздо более высокой его встречаемости — 16,1% для всех типов ДВСГ (Wolrich, Hannah et al., 1998). Это расстройство в 6–9 раз чаще встречается у мальчиков, чем у девочек (*DSM-IV*); наиболее часто оно возникает у мальчиков предподросткового возраста. ДВСГ обычно развивается в возрасте до 8 лет; в дальнейшем оно встречается значительно реже и проявляется в виде достаточно кратковременных эпизодов. Отдельные остаточные явления, например трудности с вниманием, могут сохраняться в подростковом возрасте и периоде взрослости (Odell, Warren et al., 1997), однако, как мы увидим, некоторые авторы высказывают сомнение в отношении аутентичности данного синдрома у взрослых (Bhandary, 1997).

Клиническая картина при ДВСГ

В соответствии с названием гиперактивные дети с ДВСГ демонстрируют чрезмерную и преувеличенную мышечную активность, например бессмысленный бег или беспокойное ерзанье. Подобное расстройство имеет место и в других культурах, например у китайских школьников (Leung, Luk et al., 1996), которые демонстрируют такой же паттерн, что и их сверстники в Соединенных Штатах, страдающие ДВСГ. Еще одной характерной чертой данного расстройства является трудность концентрации внимания. Гиперактивные дети очень легко отвлекаются и часто не в состоянии следовать указаниям или реагировать на предъявляемые к ним требования (Leung & Connolly, 1996). Характерны для них также импульсивное поведение и низкая толерантность к фрустрации. Возможно, в результате вышеперечисленных поведенческих проблем гиперактивные дети часто имеют пониженный интеллект, их *IQ* обычно на 7–15 пунктов ниже среднего. Они, как правило, непрерывно говорят, бывают навязчивыми и незрелыми в социальном отношении. В результате недавно проведенного в Новой Зеландии исследования 916 подростков, было установлено, что у индивидов с ДВСГ и расстройствами поведения были зафиксированы более высокие показатели нарушений правил вождения (Nada-Raja, Langley, McGee, Williams, Begg & Reeder, 1997).

Дети, страдающие ДВСГ, производят в основном негативное впечатление на окружающих. Гиперактивному ребенку, как правило, очень трудно ладить с родите-

лями, поскольку он не подчиняется правилам. Поведенческие проблемы таких детей, в свою очередь, влекут за собой негативное отношение со стороны их сверстников. Тем не менее, в общем, гиперактивные дети не выглядят тревожными; однако их повышенную активность, неугомонность и рассеянность часто интерпретируют как показатели тревожности. Обычно они плохо учатся, демонстрируют определенную неспособность к научению, например трудности с чтением или освоением других основных школьных предметов. Гиперактивные дети создают поведенческие проблемы в начальной школе. Приведенный ниже случай представляет собой типичную клиническую картину.

Разбор случая: гиперактивная 8-летняя девочка. Джину направили в клинику из-за слишком активного, разрушительного поведения и неспособности к концентрации внимания. Она создавала массу проблем учительнице и другим ученикам своей гиперактивностью и несдержанным поведением. Девочка могла неожиданно ударить другого ребенка, сбрасывала вещи с парт и царапала покрытие школьной доски, рвала книги и портила школьное имущество. Она непрерывно говорила, бегала туда и обратно, прыгала по классу. Джина требовала невероятно много внимания со стороны своих родителей и учительницы, очень сильно ревновала остальных детей, даже своих собственных брата и сестру. Несмотря на гиперактивное поведение, плохую успеваемость в школе и другие проблемы, уровень ее интеллекта был намного выше среднего. Тем не менее она чувствовала себя глупой и обладала заниженной самооценкой. Неврологические тесты не выявили у нее серьезных органических нарушений головного мозга.

Причины дефицита внимания с гиперактивностью

По поводу причины или причин ДВСГ у детей единого мнения не существует (Breggin & Breggin, 1995). До сих пор неясно, насколько развитие данного расстройства обусловлено факторами окружающей среды, а насколько — биологическими. В то же время недавно проведенные исследования указывают как на генетические причины (Nadder, Silberg et al., 1998), так и на влияние факторов социальной среды (Hechtman, 1996a). Многие исследователи считают наиболее важными пред-



Детей с ДВСГ описывают как слишком активных, импульсивных, обладающих низкой толерантностью к фрустрации и не способных к отсрочке удовлетворения. Они, как правило, непрерывно говорят, не подчиняются правилам и часто имеют множество проблем с учебой, учителями и другими учениками.

шественниками развития ДВСГ биологические факторы, например наследственность (Levy, Barr & Sunohara, 1998). Потенциальная генетическая основа ДВСГ четко не установлена, однако ряд фактов говорит в пользу того, что оно представляет собой семейное расстройство (Faraone, Biederman & Milberger, 1994). Например, в одной работе сообщалось, что сиблинги детей, страдающих ДВСГ, чаще отстают в учебе и учатся в специальных классах по сравнению с их сверстниками из контрольной группы (Faraone et al., 1993b). Более того, братья детей, которым был поставлен диагноз ДВСГ, показывают, как правило, худшие результаты в тестах на чтение, чем члены контрольных групп.

Согласно одной из первых гипотез, привлекших пристальное внимание широкой общественности, гиперактивность детей могли спровоцировать некоторые особенности их рациона, например пищевые красители (Feingold, 1977). Однако впоследствии теория о связи пищевых добавок и гиперактивности была опровергнута (Mattes & Gittelman, 1981; Stare, Whelan & Sheridan, 1980). Для того чтобы сделать какие-либо окончательные выводы о потенциальной биологической основе ДВСГ, нужны дополнительные исследования.

Поиск психологических причин гиперактивности также не позволил прийти к единому результату. Исследователи не выявили каких-либо психологических причин данного расстройства, однако ими подчеркивается значение как характера, так научения. Некоторые факты говорят о том, что на развитие ДВСГ оказывает воздействие домашнее окружение (Paternite & Loney, 1980). В одном исследовании было высказано предположение о том, что семейная патология, особенно личностные проблемы родителей, ведут к формированию гиперактивности у детей. Моррисон (Morrison, 1980) обнаружил, что родители гиперактивных детей часто имели психологические проблемы; например, оказалось, что многим из них был поставлен клинический диагноз расстройства личности или истерии. В настоящее время полагают, что ДВСГ имеет множество причин и последствий (Hinshaw, Zupan et al., 1997).

Лечение и исход

Синдром гиперактивности впервые был описан более ста лет тому назад. Однако до сих пор не существует окончательного мнения по поводу наиболее эффективных методов его лечения, особенно в отношении использования лекарственных препаратов с целью снижения возбуждения у гиперактивного ребенка. Тем не менее в таком подходе к лечению ДВСГ особо заинтересовано медицинское сообщество. Недавний опрос (Runnheim, Frankenberger & Hazelkorn, 1996) показал, что 40% учеников младших классов и 15% старшеклассников с эмоциональными, поведенческими проблемами и ДВСГ прописано медикаментозное лечение, главным образом **риталин** (метилфенидат), относящийся к группе амфетаминов.

Согласно результатам исследований, такие стимуляторы головного мозга, как амфетамин, вызывают у детей успокаивающий эффект, противоположный тому, какой они оказывают на взрослых (Pelham et al., 1992). Эти медицинские препараты снижают избыточную активность гиперактивных детей и в то же самое время улучшают внимание и способность к концентрации, что часто приводит к повышению их школьной успеваемости (Arnett, Fisher & Newby, 1996). Некоторые авторы (Pliszka, 1991) считают стимуляторы лучшими препаратами для лечения ДВСГ.

Фава (Fava, 1997) пришел к заключению, что риталин может снизить уровень агрессивности у гиперактивных детей. Действительно, многие гиперактивные дети, демонстрирующие недопустимое поведение на занятиях, могут относительно нормально функционировать и даже достигать успеха при условии приема этих препаратов. По-видимому, данные лекарства не влияют на их интеллектуальные способности, но помогают им использовать свой потенциал более эффективно (Klorman et al., 1994). Такие препараты не *излечивают* гиперактивность, они улучшают поведенческие проявления примерно в половине —двух третях тех случаев, когда рекомендовано их применение. Так, было установлено, что лекарства уменьшают проблемы, связанные с невнимательностью, но не оказывают влияния на импульсивность (Matier et al., 1992).

Еще один лекарственный препарат, **пемолин**, используемый при лечении ДВСГ, химически сильно отличается от риталина (Faigel & Heligensten, 1996) и обладает меньшим побочным действием. Было установлено, что пемолин благоприятно влияет на поведение ребенка в классе, улучшая его когнитивные процессы и не вызывая побочных эффектов (Pelham, Swanson et al., 1996). В другом исследовании было высказано мнение о том, что те дети, которые не реагировали на прием пемолина, возможно, принимали слишком маленькую дозу этого препарата (Heiligenstein & Anders, 1997). В целом пемолин считается безопасным лекарством для подростков и молодежи, страдающих дефицитом внимания, и его можно принимать продолжительное время.

Если краткосрочное фармакологическое воздействие стимуляторов на проявление симптомов у гиперактивных детей хорошо изучено, то долговременные эффекты известны достаточно плохо (Safer, 1997). В результате лонгитюдного исследования, проведенного Карлсоном и Баннером (Carlson & Bunner, 1993), не было обнаружено благотворного эффекта лекарств. Определенный интерес вызывает воздействие лекарственных препаратов, особенно при приеме больших доз. Некоторые вопросы, возникшие по поводу использования этих лекарств, освещены в справке 14.2. Фармакологическое сходство метилфенидата и кокаина заставило многих исследователей задуматься об использовании первого при лечении ДВСГ (Volkow et al., 1995), однако никаких сообщений о злоупотреблении метилфенидатом не поступало. Использование лекарственной терапии детей будет обсуждаться далее в главе 16.

К наиболее эффективным подходам к лечению гиперактивных детей относится использование методов бихевиоральной терапии, основанной на положительном подкреплении и структурировании учебного материала для того, чтобы свести количество ошибок к минимуму и добиться максимального успеха, формирования прямой обратной связи (Frazier & Merrill, 1998; Goldstein & Goldstein, 1998). Так, например, необходимо сразу похвалить гиперактивного мальчика за то, что он обдумал задание до того, как приступил к его выполнению. Использование методов бихевиоральной терапии для лечения гиперактивности приводит к достаточно хорошим результатам, по крайней мере на короткое время (см. главу 17).

Хороший результат дает сочетание бихевиоральной и лекарственной терапии. Было установлено (Pelham et al., 1993), что как модификация поведения, так и лекарственная терапия серьезно облегчают ДВСГ. Однако, по всей видимости, более эффективным компонентом служит лекарственная терапия.

ДВСГ после подросткового периода

Несмотря на то что бихевиоральная терапия и медикаментозное лечение приносят кратковременный успех, не существует достаточно серьезной оценки долгосрочного влияния ни одного из этих методов. Известно, что без лечения гиперактивное поведение с течением времени, в период достижения ребенком среднего подросткового возраста, как правило, уменьшается. Согласно результатам лонгитюдного исследования, посвященному лекарственному лечению 75 детей на протяжении 10–12 лет, молодые люди, страдавшие ДВСГ в детском возрасте, хуже учились и имели на своем счету больше дорожно-транспортных происшествий и попыток бродяжничества по сравнению с контрольными субъектами. Результаты исследования позволили высказать предположение о том, что только меньшая часть тех, кто был гиперактивным ребенком, продолжают асоциальное поведение во взрослом состоянии или страдают психопатологией. В одной из работ было установлено, что тяжелое депрессивное расстройство относительно редко встречается у пациентов с ДВСГ (Alpert, Maddocks et al., 1996).

Однако ряд исследователей сообщают о том, что у определенного процента гиперактивных детей ДВСГ сохраняется и в последующее время или превращается в другие психологические проблемы, например чрезмерно агрессивное поведение или злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами в подростковом периоде и в ранней взрослости. Так, было установлено (Carroll & Rounsaville, 1993), что 34,6% наркоманов, употреблявших кокаин и обратившихся за лечением, отвечали критериям ДВСГ, когда были детьми. В исследовании детей с ДВСГ, продолжавшемся 16 лет, примерно 25% субъектов не окончили среднюю школу, тогда как в контрольной группе этот показатель составил всего 2% (Mannuzza et al., 1993). Эти данные совпадают с результатами исследования (Gittelman et al., 1985), в ходе которого изучалась группа из 101 мальчика с ДВСГ в возрасте 6–12 лет, а затем сравнивали их уровень адаптации в более поздний период (16–23 года) с контрольной выборкой из 100 мальчиков. Несмотря на то что у большинства ребят с диагнозом «гиперактивность» в позднем подростковом возрасте и юности проявление симптомов расстройства уменьшилось, дефицит внимания сохранился у 31% мальчиков, тогда как только 3% контрольной выборки демонстрировали подобные симптомы.

Необходимо проведение дальнейших лонгитюдных исследований с целью получения окончательного ответа на вопрос, сохраняются ли эти или иные проблемы во взрослом состоянии. Тем не менее некоторые из выше процитированных нами работ позволяют сделать предположение о том, что у значительной части подростков психологические проблемы сохраняются и в период взрослости.

Подходят ли эти препараты для детей? В некоторых случаях врачи используют трициклические антидепрессанты (см. главу 6), например дезипрамин, для лечения детей с ДВСГ и сопутствующей депрессии. Применение этих препаратов требует чрезвычайной осторожности, поскольку было несколько сообщений о том, что в процессе такого лечения наступала смерть пациента (Campbell & Cueva, 1995).

В общем лекарственную терапию детей следует использовать крайне осторожно и только в тех случаях, когда альтернативные методы лечения оказываются неэффективными. Необходимо, чтобы лекарственная терапия применялась только

с согласия родителей и ребенка, если он достаточно взрослый. Кроме того, ответственность за прием препарата должна возлагаться не только на ребенка: в этом случае лекарство может быть использовано неправильно (Vitiello & Jensen, 1997). В то же время необходимо признать тот факт, что в некоторых случаях прием лекарственных препаратов приводит к значительному улучшению состояния ребенка. Наконец, детям, которым помогла лекарственная терапия, нужно помочь справиться с сопутствующими проблемами, например трудностями в обучении и психологическими, межличностными и семейными затруднениями (DuPaul & Barkley, 1990; Greenhill, 1992).

Расстройства поведения и оппозиционное расстройство неповиновения

Следующая группа расстройств касается отношения ребенка или подростка к социальным нормам и правилам поведения. Как в случае **расстройств поведения**, так и **оппозиционного расстройства неповиновения** основным симптомом является агрессивное или асоциальное поведение. Как мы увидим далее, оппозиционные расстройства неповиновения обычно проявляются в возрасте 6 лет, тогда как расстройства поведения — в 9 лет. Оба они тесно между собой связаны. Однако в случае таких расстройств очень важно разграничить постоянные асоциальные действия, например устройство пожаров, когда нарушаются права других людей, и менее серьезные проказы, к которым часто склонны нормальные дети и подростки.

СПРАВКА 14.2

Лекарственная терапия детей с диагнозом ДВСГ

Довольно часто для лечения дефицита внимания с гиперактивностью (ДВСГ) применяются стимулирующие медицинские препараты (Horn et al., 1991). Согласно оценкам, весьма значительное количество детей, 750 тыс., принимают ежедневно такие лекарства, как риталин, в связи со слишком активным поведением (Safer & Krager, 1988). Было обнаружено, что эти препараты действуют примерно на 75% гиперактивных детей (Du Paul & Barkley, 1990).

Прием психостимулирующих препаратов гиперактивными детьми часто активно приветствуют родители, школьные администратор и клиницист, поскольку лекарства оказывают выраженный эффект, обеспечивая контроль разрушительного поведения, по крайней мере на короткое время (Gittelman-Klein, 1980). Как предполагают, уменьшение негативных проявлений поведения способствует более эффективному научению, помогает ребенку лучше адаптироваться к школьной среде и ладить со сверстниками. Тем не менее в связи с учащением случаев использования лекарственных средств при лечении гиперактивных детей встает ряд вопросов.

1. *Кого отбирают для лечения?* Очень важно до начала лечения поставить точный диагноз. Однако многие исследователи оспаривают адекватность методов оценки, используемых для идентификации детей, действительно нуждающихся в медикаментозном лечении. Так, не всегда можно четко разграничить детей, нуждающихся в лекарственной терапии гиперактивности, от тех детей, чья невнимательность и неугомонность могут проистекать из чувства голода, переполненных классов, неподходящего расписания уроков или беспокойства и депрессии по поводу домашних проблем.

Следует также подчеркнуть, что расстройства поведения и оппозиционное расстройство неповиновения подразумевают совершение проступков, которые могут быть, а могут и не быть противозаконными. Термин **«юношеская делинквентность»** (который мы обсудим в разделе «Нерешенные проблемы» в конце этой главы) является юридическим, используемым для обозначения правонарушений, совершенных несовершеннолетними.

Поведение, описанное в следующих разделах, может показаться похожим на ранние стадии развития асоциального личностного расстройства, рассмотренного в главе 9; действительно, личностные характеристики и причины возникновения в тех и других случаях в значительной степени одни и те же. Очень трудно, а может быть, невозможно, провести границы между расстройствами поведения, пред-делинквентным паттерном поведения и ранними стадиями развития асоциальной личности. В справке 14.3 «Современная жизнь», которая посвящена правонарушениям молодежи, детально рассмотрена делинквентность несовершеннолетних — один из аспектов этой проблемы. Паттерны поведения в этих случаях очень похожи и могут представлять собой три различных способа описания одного и того же неконтролируемого поведения. Как было описано в главе 9, взрослые с асоциальной личностью, так же как и дети, демонстрируют агрессивное поведение и нарушение правил, что зачастую расценивается как расстройства поведения; многие из них в результате делинквентного поведения вступают в конфликт с властями. Существуют веские доказательства того, что у детей разрушительное поведение часто

2. *Есть ли случаи использования лекарств с целью контроля за поведением детей или ради удобства взрослых, например, чтобы поддерживать спокойствие в классе?* Специалисты, поднимающие данный вопрос, указывают на возможность того, что дети, проявляющие смущение, гнев, неугомонность или апатичность в школе, могут демонстрировать лишь нормальную реакцию на методы обучения, не отвечающие их интересам и потребностям. Эти исследователи убеждены, что наклеивание ярлыка «больной» на таких детей, как показателя гиперактивности или некоторых других поведенческих расстройств, а также лечение их лекарственными препаратами на самом деле является уходом в сторону от необходимости разработки сложных и дорогих образовательных программ более высокого качества.
3. *Оправдывают ли результаты медикаментозного лечения сопутствующие побочные эффекты?* Такие лекарства, как риталин, иногда вызывают нежелательные побочные эффекты, например бессонницу, снижение аппетита, дисфорию, головокружение и головную боль. Недавно было высказано предположение о том, что такие препараты могут стать причиной задержки роста. Зачастую очень трудно подобрать соответствующие терапевтические дозы, вследствие чего довольно часто наблюдается передозировка лекарств. Было установлено, что чрезмерно высокие дозы у некоторых индивидов могут вызвать краткие параноидные психозы (Greenhill, 1992). Даже в случае применения препаратов, вызывающих минимальные побочные эффекты, в настоящее время проводится оценка вероятности появления широкого спектра нежелательных последствий, вызванных длительностью их приема в период роста и развития ребенка.

развивается постепенно (Loeber et al., 1992) и что детские расстройства поведения сохраняются и в период взрослости (Offord & Benett, 1996). К счастью, не все дети с расстройствами поведения или с делинквентным поведением, вырастая, становятся асоциальными личностями или совершают преступления. Как мы в дальнейшем увидим, несмотря на то что расстройства поведения достаточно сложно лечить, существуют эффективные способы работы с детьми, страдающими подобными нарушениями.

Клиническая картина при оппозиционном расстройстве неповиновения

Важным предшественником асоциального поведения, наблюдаемого у детей с расстройством поведения, является то, что сейчас называется оппозиционным расстройством неповиновения (Biederman, Faraone et al., 1996). Существенная его особенность — рекуррентный паттерн проявлений в поведении негативизма, неповиновения, непослушания и враждебности по отношению к властным фигурам в течение по крайней мере 6 месяцев (American Psychiatric Association, 1994, p. 91). Это расстройство обычно начинается в возрасте 6 лет, тогда как непосредственно

СПРАВКА 14.3. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Насилие со стороны молодежи — очень серьезная проблема для Америки?

Терри А., семиклассница афроамериканского происхождения, слишком напугана, чтобы спать в собственной постели. Вместо этого она спит на полу в маленькой комнате, где живут два ее младших брата. За два дня до этого, как раз, когда она засыпала, пуля, разбив стекло, пролетела всего лишь в двух дюймах от ее головы. Этот выстрел не был единственным проявлением насилия в ее жизни. Отец девочки, которого она хорошо и не помнила, был убит, когда ей не исполнилось и года. Совсем недавно двоих ее одноклассников застрелили во время ссоры. Одного из них застрелил другой мальчик, который принес пистолет в школу.

За последние 10 лет количество насильственных преступлений, совершенных молодежью, существенно выросло. Сейчас в Соединенных Штатах убийство стоит на одиннадцатом месте среди основных причин смерти; регистрируется примерно 26 тыс. убийств в год (Centers for disease control, 1994). Убийства, совершаемые подростками, составляют только 16% от их общего числа (большинство насильственных преступлений совершают люди старше 18 лет), однако за последние годы этот показатель для несовершеннолетних существенно вырос (Stanton, Baldwin & Rachuba, 1997). Проявления насилия самая частая причина, в связи с которой молодых людей направляют в центры по оказанию психологических услуг (Achenbach & Howell, 1993). Вероятность совершения насильственных преступлений и виктимизации неодинаковы в различных слоях общества. Среди мальчиков уровень насилия в 5 раз выше, чем среди девочек. Более того, этот показатель для мужчин афроамериканского происхождения в 10 раз выше, чем для белых. О'Доннелл (O'Donnell, 1995) сообщает, что почти половина всех смертей афроамериканских подростков последовала в результате огнестрельных ранений. Насильственные преступления чаще совершаются в больших городах, по сравнению с сельскохозяйственными районами и пригородными общинами. Маранс и Коэн (Marans & Cohen, 1993) исследовали шести-, восьми- и десятиклассников и выяснили, что 40% детей, живущих в центре города, были свидетелями по крайней мере одного насильственного преступле-

расстройство поведения обычно не начинается до 9 лет. Исследования выявили последовательность развития от оппозиционного расстройства неповиновения до расстройства поведения, при этом оба состояния имеют одни и те же факторы риска (Hinshaw, 1994). То есть практически всем случаям расстройств поведения предшествовало оппозиционное расстройство неповиновения, хотя только примерно у 25% детей с оппозиционным расстройством неповиновения в течение 2–3 лет развилось расстройство поведения (Lahey et al., 1992). Факторы риска для обоих заболеваний включают в себя семейные разногласия, социально-экономические проблемы и асоциальное поведение родителей (Hinshaw, 1994).

Клиническая картина при расстройстве поведения

Основным симптоматическим поведением при расстройствах поведения является постоянное, повторяющееся нарушение правил и пренебрежение к правам остальных людей. Приведенный ниже отрывок содержит описание типичного ребенка с расстройством поведения и иллюстрирует наиболее характерные черты данного нарушения.

ния. Дом (Finkelhor, 1984; River, Mueller et al., 1997) и школа (Kachur, Stennies, Powell et al., 1996) – места, которые обычно считаются безопасными, – все чаще становятся ареной насилия. Например, Качур с соавторами (Kachur, Stennies, Powell et al., 1996) сообщают, что на протяжении двухлетнего периода (1992–1994) в Соединенных Штатах произошло 105 насильственных смертей, так или иначе имеющих отношение к школе.

У молодежи, склонной к насилию, часто диагностируются психические нарушения, особенно расстройства поведения и оппозиционное расстройство неповиновения, однако асоциальные паттерны носят более разнородный характер и отражают широкий спектр диагностических категорий. Аналогичным образом не удалось выявить единой причины насильственных преступлений, совершаемых живущими в нашем обществе молодыми людьми. Называлось множество возможных причин подобных действий, начиная от биологического воздействия, распада семей и до взаимодействия родителей и детей с социокультурными факторами (Hinshaw & Anderson, 1996).

Исследования генетики поведения (Cadoret, Leve & Devor, 1997; Goldsmith & Gottesman, 1996) позволили прийти к общему выводу о том, что генетические факторы оказывают сильное воздействие на насильственное поведение. Генетическое влияние не рассматривают как основную причину проявления насилия, но оно повышает опасность асоциального и разрушающего поведения. В процессе поиска причин всегда необходимо учитывать такой фактор, как враждебность. Еще одним важным показателем, на котором акцентируется внимание в последних исследованиях молодежного насилия, является нейропсихологическая дисфункция. Кортикальная дисфункция, выражающаяся в ухудшении вербального мышления и низком эмоциональном контроле, вносит существенный вклад в насильственное поведение подростков. Большинство исследователей, занимающихся изучением влияния биологических факторов на возникновение насилия, не считает эти дисфункции единственной или хотя бы основной причиной. Скорее, они (например, Moffitt & Lynam, 1994) рассматривают их как источник уязвимости, который делает индивида более подверженным негативному влиянию окружающей среды.

Разбор случая: 8-летний мальчик с расстройством поведения. Крейг уже приобрел репутацию общественного изгоя к тому времени, когда пошел в первый класс. Ранее его дважды на протяжении двух лет исключали из детского сада за неуправляемость. Мать мальчика обратилась в центр психического здоровья по настоянию школы, в которую она пыталась записать его в первый класс. Ссоры и неповиновение Крейга заставили учительницу с большим опытом работы, имевшую блестящую репутацию из-за своего умения справляться с аналогичными детскими проблемами, порекомендовать исключить мальчика из школы. Одноклассникам Крейг также не нравился, они считали его задирой. Как только ребята замечали малейшее его движение, они сразу говорили учителю, что Крейг снова плохо ведет себя.

Дома мальчик был совершенно неконтролируемым. Его мать и шесть остальных детей жили вместе с властной бабушкой. Матери Крейга не удавалось справиться с детьми. Она работала домработницей и часто отсутствовала; у нее не хватало сил справиться с дерущимися детьми при возвращении домой. Ее муж, отец трех самых младших детей, в том числе и Крейга, оставил семью.

Среди значимых психосоциальных факторов, ведущих к развитию насильственного поведения у молодых людей, следует упомянуть и негативное домашнее окружение: такая ситуация оказывает самое сильное влияние на появление детей, склонных к насилию. Например, если модели родительских ролей порождают фрустрирующую и неструктурированную среду, а сами родители – асоциальны, то с большой вероятностью у ребенка уже в раннем возрасте возникают проблемы поведения и различные формы проявления агрессии (Patterson, 1996). Более широкий социальный контекст, в котором происходит социализация детей, также может стать инструментом, провоцирующим появление индивидов, склонных к совершению насильственных преступлений. Крайняя нищета и распад семьи считаются питательной почвой для насилия. Эмоциональное потрясение и фрустрация, возникающие вследствие распада семьи, порождают чувства боли и безнадежности. Внешний «толчок» к насильственным действиям в виде негативных моделей агрессии, ярко выделяющихся в социальном контексте, служит подкреплением ответного агрессивного поведения (Osofsky, 1995). Например, телевизионные программы и кинофильмы, часто предлагающие нашей молодежи модели взрослых ролей, показывают массу сцен насилия. Недавно в одном из выпусков телевизионных новостей сообщалось, что в среднем дети в Америке в течение года видят по телевизору и в кинотеатрах тысячи убийств. Подобная демонстрация насилия как средства решения фрустрирующих ситуаций стала совершенно обычным посланием, обращенным к нашей молодежи, смотрящей телевизор или посещающей кинотеатры. Ричертс и Мартинес (Richerts & Martinez, 1993) исследовали проблему влияния демонстрации насилия на детей и пришли к выводу, что она способствует развитию агрессивных симптомов; однако было обнаружено, что эффект уменьшался, если семья была достаточно стабильной. Таким образом, стабильность семьи служит защитным фактором в контексте демонстрации насилия.

Решение проблемы преступности, связанной с насилием, в молодежной среде еще непонятнее и сложнее, чем поиск ее причин. В распоряжении практиков, сталкивающихся с задачей оказания помощи клиентам, совершившим насильственные преступления, нет надежных методов лечения. В нашем обществе, ориентированном на применение лекарственных средств, лечение многих состояний сосредоточено в основном на использовании тех или иных медицинских препаратов, особенно в случае насильственного поведения. Однако в настоящее

Дети с расстройствами поведения, как мы видели в ситуации с Крейгом, демонстрируют дефицит социального поведения (Happe & Frith, 1996). В общем они проявляют такие черты, как явную или скрытую враждебность, непослушание, физическую и вербальную агрессивность, скандальность, мстительность и склонность к разрушению. Для них достаточно обычны ложь, периодические кражи и вспышки раздражения. У таких детей отсутствуют ограничения сексуального поведения, и они склонны к сексуальной агрессивности. Некоторые из них могут устраивать пожары (Forehand et al., 1991; Puri, Baxter & Cordess, 1995), участвовать в актах вандализма, ограблениях и даже убийствах. Дети и подростки с расстройствами поведения часто злоупотребляют наркотиками или алкоголем (Grilo, Becker et al., 1996) и демонстрируют симптомы депрессии (O'Connor et al., 1998). Было установлено (Zoccolillo, Meyers & Assiter, 1997), что расстройства поведения повышают риск беременности вне брака и злоупотребления наркотиками и алкоголем у девочек-подростков; другие исследователи установили связь таких нарушений с избыточным весом во взрослом состоянии (Pine, Cohen et al., 1997).

время не существует медикаментозного лечения патологической агрессии, одобренного *FDA*, и ни одна из фармацевтических компаний не заявила о создании подобных лекарств (Fava, 1997). Как оказалось, при лечении людей, склонных к насилию, психотерапия также имеет весьма ограниченное применение (Blackburn, 1993; Tate, Repucci & Mulvey, 1995). При насильственном и агрессивном поведении наиболее эффективным психологическим вмешательством оказалось использование методов модификации поведения в условиях лечебного учреждения (Alpert & Spillman, 1997). Однако к такому вмешательству, как правило, прибегают уже после того, как дети или подростки проявили насильственное поведение и причинили себе и другим значительный урон, в некоторых случаях – невосполнимый.

Предупреждение насильственных преступлений хотя потенциально и самое желательное решение, на практике эта стратегия наиболее трудно выполнима. Нищету, лежащую в основе агрессии и обычно рассматриваемую как источник лишения гражданских прав, не так-то легко излечить. Еще один возможный потенциальный источник агрессивного поведения – телевизионное насилие также нелегко устранить. Связь между насилием, демонстрируемым по телевидению, и насилием несовершеннолетних находится в центре внимания исследователей и общественных организаций. Были предприняты значительные усилия, направленные на сокращение количества телевизионного насилия, доступного для просмотра детей, например, введена система рейтинга телевизионных программ. Однако окончательный эффект этих усилий можно будет оценить только через много лет.

Наше общество сталкивается с огромной проблемой насильственного поведения молодежи. Несмотря на то что общественно-политические лидеры признают наличие данной проблемы, ее решение в ближайшем будущем маловероятно. Наиболее надежным способом борьбы с насильственной преступностью в Америке в настоящее время считается заключение преступников в тюрьму с целью изоляции их от общества. Строится все больше тюрем, а законы, карающие несовершеннолетних за насильственные преступления, становятся все строже. Тем не менее тюремное заключение молодых правонарушителей не выглядит эффективным решением проблемы насилия в нашем обществе. На самом деле тюрьма может оказаться тренировочным полигоном для взрослых преступников, и все новые дела текут бесконечной рекой в наши суды.

Причины расстройств поведения

За последние 15 лет мы достигли огромного прогресса в понимании того, какие факторы связаны с развитием проблем поведения в детстве. Некоторые из них мы рассмотрим в следующих разделах.

Самоподдерживающийся цикл. Существуют данные о том, что генетическая предрасположенность, ведущая к низкому вербальному интеллекту, незначительным нейропсихологическим проблемам и сложному характеру могут создать условия для раннего развития расстройств поведения посредством нескольких самоподдерживающихся механизмов (Slutsky, Heath et al., 1997; Moffitt & Lynam, 1994). Сложный характер ребенка может привести к ненадежной привязанности, поскольку родителям трудно добросовестно выполнять свои родительские обязанности. Кроме того, низкий вербальный интеллект и/или незначительные нейропсихологические недостатки, выявляемые у многих из таких детей (иногда они влекут за собой дефицит функций самоконтроля, например концентрации внимания, планирования, самонаблюдения, торможения бессмысленного или импульсивного поведения), могут содействовать сохранению этих проблем длительное время. При попытке объяснения, почему относительно незначительные наблюдаемые нейропсихологические дефициты могут оказывать такое глубокое воздействие, Моффитт и Лайнэм (Moffitt & Lynam, 1994) выдвинули гипотезу о том, что эффект нейропсихологической уязвимости в раннем возрасте усиливается со временем, в процессе взаимодействия детей с окружающей средой. Это благоприятствует развитию расстройства поведения в более позднем возрасте. Исследователи предложили следующий сценарий, иллюстрирующий возникновение поведенческих проблем. Дошкольник сталкивается с проблемами в процессе освоения языка и сопротивляется попыткам матери почитать ему. Этот недостаток задерживает появление у него готовности к школе. Когда ребенок поступает в школу, напряженное расписание уроков обычно не позволяет учителям уделить достаточное внимание низкому уровню его чтения. Со временем, после нескольких лет неудач в учебе, ребенок хронологически становится старше своих одноклассников, что создает условия для социального отторжения. В какой-то момент к такому школьнику могут быть применены программы компенсирующего обучения, предназначенные для детей с расстройствами поведения и научения. Контакты ребенка с детьми, страдающими расстройствами поведения, склоняют его к демонстрации делинквентности, цель которой — приобретение признания со стороны сверстников (1994, p. 243–244).



Известно, что в развитии расстройств поведения важную роль играют враждебность и агрессия. Дети, у которых данное расстройство развивается в детстве, попадают в группу повышенного риска в отношении проблем в старшем возрасте.

Возраст начала расстройств поведения, и их связь с асоциальными расстройствами личности. У детей, страдающих расстройствами поведения с раннего возраста, с гораздо большей вероятностью возникают психопатология или асоциальные расстройства личности в период взрослости, по сравнению с теми, у кого подобные нарушения неожиданно развились в подростковом возрасте (Hinshaw, 1994; Moffitt, 1993b). Таким образом, проблемы, изначально связанные с оппозиционным расстройством повиновения, а в дальнейшем — с расстройствами поведения, носят всеобъемлющий характер и ассоциируются у взрослых с такими диагнозами, как психопатия и асоциальная личность. Несмотря на то что только в 25–40% случаев детское расстройство поведения преобразуется в асоциальное расстройство личности в период взрослости, более 80% мальчиков, у которых в раннем возрасте было диагностировано расстройство поведения, продолжают иметь множество проблем, связанных с социальными дисфункциями (в дружбе, интимных отношениях и профессиональной деятельности). Социальные затруднения наблюдаются даже в тех случаях, когда у них не развивается состояние, полностью удовлетворяющее всем критериям асоциального расстройства личности. Напротив, большинство подростков, у которых расстройства поведения возникли позднее, не вырастают во взрослых психопатов и не становятся асоциальными личностями; все их проблемы, как правило, ограничены подростковым периодом. Если расстройство начинается в подростковом возрасте, то многие факторы риска, присущие нарушению, начавшемуся в детстве (низкий уровень вербальных способностей, нейропсихологические дефициты, проблемы с импульсивностью и вниманием) отсутствуют (Hinshaw, 1994; Moffitt & Lynam, 1994).

Факторы окружающей среды. Помимо генетических, или конституциональных, факторов, которые могут обусловливать склонность к расстройствам поведения и развитию психопатии и асоциальной личности у взрослых, Каздин (Kazdin, 1995) подчеркивал значение семейного и социального контекстов при возникновении подобных нарушений. Например, запутанные отношения со взрослым, осуществляющим основной уход за ребенком, могут привести к дезорганизации первой привязанности и сигнализировать о вероятности появления в дальнейшем агрессии у ребенка (Lyons-Ruth, 1996). Более того, в таких случаях нередко оказывают влияние и факторы окружающей среды, что уже отмечалось в случае с Крейгом, которого сверстники отвергли, так как им не понравилось его агрессивное поведение. Аналогичные ситуации неоднократно описывались в литературе: агрессивного ребенка, лишенного социальных навыков, сверстники часто отвергают, и это отторжение может привести к «цепной реакции» отношений с окружающими, которая лишь усилит его тенденцию к асоциальному поведению (Dodge, 1980; Coie & Lenox, 1994). Для таких социально отверженных агрессивных детей очень высока степень риска проявлений делинквентности в подростковом возрасте и развития асоциальной личности — во взрослом. Кроме того, родители и учителя могут испытывать по отношению к агрессивному ребенку сильные отрицательные эмоции, например гнев (Capaldi & Patterson, 1994), и также отвергать его. Отторжение как со стороны сверстников, так и со стороны родителей и учителей ведет к тому, что эти дети оказываются в изоляции, становятся чужими. Неудивительно, что в поисках компании они часто попадают в девиантную группу сверстников (Coie & Lenox, 1994), где могут начать подражать асоциальному поведению ее членов (см. главу 3).

В общем исследователи согласны с мнением, что семейная ситуация ребенка, страдающего расстройствами поведения, обычно характеризуется неэффективным исполнением родительских обязанностей, отторжением, жесткими и непоследовательными дисциплинарными требованиями, а также нередко пренебрежением со стороны родителей (Frick, 1998; Patterson, 1996). Очень часто супружеские отношения у родителей нестабильны (Osborn, 1992), отличаются эмоциональными нарушениями и социопатией; взрослые члены семьи в таких случаях, как правило, не в состоянии обеспечить ребенку руководство, принятие и любовь. Недавно Паттерсон (Patterson, 1996) пришел к заключению, что родители, воспитанные в асоциальных условиях, с большой вероятностью будут лишены необходимых родительских навыков.

Разлад в семье, конфликты и дисгармония, сопровождающие развод, могут стать инструментом развития расстройств поведения (Chess & Thomas, 1984; Robins, 1991). В непропорционально большом количестве случаев у таких детей бывает только один биологический родитель, приемные родители или несколько сменяющихся приемных родителей. Независимо от того, сохраняется ли семья в доме, где часто происходят конфликты, ребенок чувствует себя отверженным. Так, Раттер и Квинток (Rutter & Quinton, 1984b) сделали вывод о том, что семейные разногласия и враждебность становятся первичными факторами, определяющими дисгармоничные отношения родителей и детей; это особенно справедливо в отношении развития расстройств поведения у детей и подростков. Считается, что разногласия и враждебность — залог плохих и неэффективных родительских навыков, особенно в отношении поддержания дисциплины и осуществления надзора за детьми. В таких случаях сама семья воспитывает у ребенка асоциальное поведение — непосредственно, с помощью принуждения, и косвенно, вследствие отсутствия контроля и разумной дисциплины (Capaldi & Patterson, 1994, p. 169). Это, в свою очередь, слишком часто ведет к связям с девиантными сверстниками и дальнейшим возможностям в обучении асоциальному поведению.

Помимо семейных факторов, значительное количество психологических, социальных и социокультурных переменных увеличивают вероятность того, что у ребенка разовьется расстройство поведения, а позднее, во взрослом состоянии, — психопатия или асоциальное расстройство личности. Низкий социально-экономический статус, бедные кварталы, стресс, испытываемый родителями, и депрессия повышают вероятность возникновения у ребенка подобного рода нарушений (Capaldi & Patterson, 1994).

Лечение и исход

При лечении оппозиционного расстройства неповиновения и расстройства поведения основное внимание уделяется дисфункциональным семейным паттернам, описанным выше, и нахождению способов изменения агрессивного или неадаптивного в ином отношении поведения ребенка.

Связующая модель семьи. Терапия ребенка с расстройством поведения не будет эффективной до тех пор, пока не удастся каким-либо способом изменить окружающую его среду. Особо интересной и достаточно эффективной стратегией лечения расстройств поведения у детей является *связующая модель семьи* (Patterson et al., 1991; Webster-Stratton, 1991). При таком подходе, ориентированном на семью и группу, полагают, что у родителей ребенка, страдающего расстройствами

поведения, отсутствуют родительские навыки. Они не в состоянии обеспечить успешную социализацию ребенка, поскольку ведут себя дисфункционально и, таким образом, подкрепляют несоответствующее поведение у своих детей. Ребенок научается избегать критики со стороны взрослых, все чаще демонстрируя негативное поведение. Такая тактика в свою очередь усиливает отрицательную реакцию родителей. Ребенок наблюдает их недовольство и моделирует этот агрессивный паттерн. Внимание родителей к негативному поведению ребенка на самом деле служит для подкрепления, а не подавления подобных действий. Если считать, что проблемы поведения возникают как следствие таких взаимоотношений, то основное внимание в процессе лечения необходимо сосредоточить на взаимодействии ребенка с родителями (Patterson et al., 1991).

Добиться при лечении сотрудничества от родителей, которые сами находятся в состоянии конфликта друг с другом, достаточно сложно. Очень часто у работающего родителя, который один воспитывает ребенка, просто нет ни времени, ни желания учиться более адекватному исполнению родительских функций. В некоторых случаях обстоятельства могут потребовать изъятия ребенка из семьи и помещения его в детский дом или лечебное учреждение, с тем чтобы позднее вернуть его домой при условии успешной терапии родителей.

К сожалению, дети, которых помещают в новое окружение, часто расценивают это как отторжение со стороны не только своих родителей, но и общества в целом. Если новая среда не обеспечит теплого, дружелюбного, принимающего, но вместе с тем последовательного и твердого отношения, у таких детей не будет наблюдаться почти никакого прогресса. Но даже в условиях такой среды лечение может принести лишь временный эффект. Фаретра (Faretra, 1981) в течение длительного времени исследовала 66 агрессивных и тревожных подростков, помещенных в лечебное учреждение. Она установила, что во взрослом состоянии у них сохранялось асоциальное и криминальное поведение, хотя психопатологические реакции и ослабевали. Многие дети с поведенческими нарушениями во взрослом состоянии страдают расстройствами личности (Rutter, 1988; Zetlin, 1986).

В целом в нашем обществе преобладает пунитивный, а не реабилитационный подход к асоциальной, агрессивной молодежи. Таким образом, основной упор



Неэффективное исполнение родительских обязанностей, грубость и отсутствие разумной дисциплины, пренебрежение со стороны родителей и супружеские разногласия вносят свой вклад в развитие оппозиционного расстройства неповиновения и расстройств поведения. Такое же действие оказывают нищета, стресс, испытываемый родителями, и депрессия.

делается на наказании и на том, чтобы «преподать ребенку урок». Однако, по всей видимости, такое отношение лишь усиливает, а не корректирует поведение. Если подобное воздействие не приводит к успеху, то конечным результатом становится асоциальная личность с агрессивным поведением.

Поведенческие методы. Изобретение методов поведенческой терапии открыло более радужные перспективы для детей с расстройствами поведения (Kazdin, 1998). В данном случае особенно важным становится обучение контрольным методам родителей таких детей; они теперь смогут выступать в качестве терапевтов, подкрепляя желаемое поведение и модифицируя соответствующим образом условия окружающей среды. Изменения происходят, если родители последовательно одобряют и вознаграждают позитивное поведение своего ребенка и перестают фокусировать свое внимание на его негативных поступках. В конце концов у них могут измениться его восприятие и чувства к нему; в результате возникает базовое приятие, в котором ребенок так отчаянно нуждается.

Родителей можно научить эффективным методам поведенческого подхода, однако им зачастую трудно планомерно осуществлять лечение. В таких случаях для полной уверенности, что родитель или другой взрослый, отвечающий за поведение ребенка, будет успешно выполнять лечебную программу, используются другие методы, например семейная терапия или консультирование родителей.

Тревожные расстройства у детей и подростков

В современном обществе никто не изолирован от событий или ситуаций, рождающих тревогу. Большинство нормальных детей в процессе своего развития неоднократно подвергаются страхам, переживают чувство неопределенности. Дети с тревожными расстройствами склонны к более экстремальному поведению, чем те, которые испытывают «нормальную» тревожность. У них проявляются многие из перечисленных ниже признаков: сверхчувствительность, нереальные страхи, застенчивость и робость, гнетущее чувство неадекватности, нарушения сна и страх школы. Дети, у которых диагностируется тревожное расстройство, обычно пытаются справиться со своими страхами, становясь слишком зависимыми от помощи и поддержки других людей. Согласно *DSM-IV*, тревожные расстройства у детей и подростков аналогичны тревожным расстройствам взрослых (Albano, Chorpita & Barlow, 1996).

В целом тревожные расстройства встречаются достаточно часто. Фактически 9,7% детей в выборке школьников одной из общин отвечали диагностическим критериям тревожного расстройства (Dadds, Spence et al., 1997), причем у девочек подобные нарушения выявляются гораздо чаще (Lewinson et al., 1998). Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) в детском возрасте встречается не так редко, как некогда считалось: примерно у 0,5–2% (Thomsen, 1998). Еще два тревожных расстройства детей и подростков — *тревожное расстройство в связи с разлукой* и *селективный мутизм* — мы рассмотрим более подробно.

Тревожное расстройство в связи с разлукой

Тревожное расстройство в связи с разлукой — наиболее распространенное тревожное расстройство у детей (Bernstein & Borchardt, 1991); при исследованиях здоровья населения его постоянно выявляют у 2,4% детей (Bowen, Offord & Boyle, 1990). Дети, страдающие таким нарушением, характеризуются нереальными стра-

хами, сверхчувствительностью, застенчивостью, ночными кошмарами и хронической тревожностью. Им недостает уверенности в себе, они боятся новых ситуаций и, как правило, более инфантильны. Родители описывают таких детей как застенчивых, чувствительных, нервных, покорных, легко впадающих в отчаяние, обеспокоенных и часто разражающихся слезами. Обычно они чрезмерно зависимы, главным образом от родителей. Основной чертой клинической картины при этом расстройстве является чрезмерная тревога по поводу разлуки с основными объектами привязанности, например матерью, и знакомым домашним окружением. Во многих случаях удается четко идентифицировать психосоциальный фактор стресса, например смерть родственника или любимого домашнего животного. Клиническую картину такого расстройства хорошо иллюстрирует следующий пример.

Разбор случая: тревожное расстройство в связи с разлукой у 6-летнего мальчика. Джонни был исключительно чувствительным 6-летним мальчиком, страдающим от множества страхов, ночных кошмаров и хронической тревоги. Его пугала мысль о разлуке с матерью, даже на короткое время. Когда мама пыталась отдать мальчика в детский сад, он впадал в такое отчаяние, что ей пришлось оставаться в комнате, которую директор специально выделил для нее. Однако через две недели попытки адаптации Джонни к новым условиям пришлось прекратить, и мальчика забрали из детского сада, поскольку мать не могла оставить его даже на несколько минут. Позднее, когда его попытались отдать в первый класс, у него проявились такая же интенсивная тревожность и нежелание разлучаться с матерью. По совету школьного консультанта для решения этой проблемы мама мальчика обратилась за помощью в клинику. Терапевт, который вел прием, был одет в белый врачебный халат, что вызвало тяжелую паническую реакцию у Джонни. Его маме пришлось удерживать его от бегства, но он не сел на место до тех пор, пока терапевт не снял халат. Мама Джонни объяснила, что он боится врачей и его практически невозможно убедить обратиться к врачу даже в случае болезни.

Когда детей с тревожным расстройством в связи с разлукой на самом деле разлучают с объектами их привязанности, они обычно испытывают патологический ужас, например беспокойство по поводу того, что их родители заболеют и умрут. Они беспомощно льнут к окружающим их взрослым, с трудом засыпают, становятся чересчур требовательными. Такое расстройство чаще встречается у девочек (Majcher & Pollack, 1996); данное нарушение не носит стабильного характера: в течение четырехлетнего исследования выздоровление наступило примерно у 44% детей (Cantwell & Baker, 1989). Однако у некоторых детей развиваются *проблемы прогула школы* (страх покинуть дом и родителей и пойти в школу), а также в течение длительного времени остаются проблемы адаптации, создающие в более позднем возрасте трудности приспособления к работе и жизни.

Селективный мутизм

Еще одним тревожным расстройством, иногда встречающимся у детей, является **селективный мутизм**, состояние, при котором отмечается постоянная неспособность говорить в определенных социальных ситуациях, например в школе, и которое мешает получению образования и социальной адаптации. Это расстройство следует диагностировать только в том случае, если ребенок на самом деле может говорить и знает язык. Более того, чтобы поставить такой диагноз, необходимо,

чтобы это состояние длилось не меньше месяца, причем сюда не входит первый месяц пребывания в школе, когда многие дети испытывают застенчивость, находятся в состоянии заторможенности.

Селективный, или, как его называли ранее, избирательный (элективный) мутизм, составляет достаточно малый процент от общего количества клинических случаев и чаще всего отмечается у дошкольников. Этим расстройством страдают представители всех социальных слоев, и примерно в трети всех исследованных случаев ребенок демонстрировал такие первые негативные признаки, как застенчивость и замкнутость (Steinhausen & Juzi, 1996).

В качестве причин, лежащих в основе данного развития, называли как генетические факторы, так и факторы научения. Существует описание одного случая (Simmons, Goode & Fombonne, 1997), когда у немого ребенка была выявлена хромосомная аномалия. Есть ряд доказательств (Steinhausen & Adamek, 1997) в пользу того, что генетические факторы играют определенную роль в развитии селективного мутизма, поскольку расстройство чаще встречается в семьях, члены которых характеризуются неразговорчивостью. Известны факты, говорящие о культурных факторах, или факторах научения. Было установлено (Black & Uhde, 1995), что тяжесть мутизма сильно варьирует в зависимости от условий окружающей среды, а социальная тревожность чаще всего ассоциируется с мутизмом.

Селективный мутизм лечат так же, как и большинство остальных тревожных расстройств. В одном из исследований сообщалось о том, что применение флуоксетина ведет к заметному ослабеванию симптомов (Motavalli, 1995); однако чаще всего используется такой терапевтический подход, как психологическое вмешательство, ориентированное на семью (Tatem & DelCampo, 1995).

Причины тревожных расстройств

Для объяснения развития тревожных расстройств у детей было выдвинуто множество предположений о возможных причинах их возникновения. Наиболее важными кажутся следующие.

1. У тревожных детей часто присутствует необычайная конституциональная чувствительность, облегчающая выработку у них условных рефлексов на раздражители, вызывающие отрицательную реакцию. Например, они могут впасть в отчаяние при малейшем разочаровании: из-за потерянной игрушки или встречи с чрезмерно энергичной собакой. Им требуется больше времени, чтобы успокоиться; это может приводить к накоплению и генерализации избыточного страха.
2. Ребенок может стать тревожным из-за болезни, несчастного случая или утраты, перенесенной им в раннем детстве и связанной с болью и дискомфортом. Травматический эффект госпитализации может вызвать у таких детей чувство, что они находятся в опасности. Травматическая природа определенных изменений в жизни, например разлука с друзьями и попадание в новую ситуацию, также может оказать сильное негативное воздействие на адаптацию ребенка. Кашани с сотрудниками (Kashani et al., 1981a) установили, что наиболее частым событием недавнего прошлого для детей, находившихся на лечении у психиатра, был переход в новую школу.

3. Очень часто на сверхтревожных детей моделирующее воздействие оказывают сверхтревожные и опекающие родители, которые повышают чувствительность ребенка к опасностям и угрозам внешнего мира. Нередко чрезмерная опека родителей приводит к недостаточной вере ребенка в свои силы и подкрепляет, таким образом, его чувство собственной неадекватности (Dadds, Heard & Rapee, 1991).
4. Безразличные или отчужденные родители также воспитывают тревожность в своих детях. Хотя на самом деле ребенок в таких случаях отнюдь не обязательно подвергается отторжению, он не в состоянии приобрести необходимую компетенцию и позитивную Я-концепцию. Повторяющееся чувство неудачи, проистекающее из плохих навыков научения, может впоследствии привести к развитию тревожности и уходу от «угрожающих» ситуаций. Другие дети могут адекватно справляться с ситуациями, но чрезмерно критически относиться к себе; они испытывают сильную тревогу по поводу того, что в случае неудачи утратят любовь и уважение родителей.
5. Социальные факторы и факторы окружающей среды могут оказывать влияние на развитие тревожных расстройств, однако их роль еще недостаточно ясна. Недавно проведенное кросс-культурное исследование страхов (Ollendick et al., 1996) выявило существенные различия у американских, австралийских, нигерийских и китайских детей и подростков. Авторы высказали предположение о том, что культуры, поощряющие сдержанность, уступчивость и послушание, по-видимому, способствуют появлению страхов. В исследовании, проведенном в Соединенных Штатах (Last & Perrin, 1993), указывалось, что типы тревожных расстройств у афроамериканских и белых детей имеют отличия. Первые чаще демонстрировали симптомы ПТСР, тогда как вторые — отказ от посещения школы. Это различие может проистекать из того, что в афроамериканских и белых семьях обращаются к врачу по разным поводам, или отражать различные стрессовые факторы окружающей среды, с которыми сталкиваются дети.
6. Недавно проведенное исследование установило тесную связь между насилием и пониженным чувством безопасности и психологического благополучия (Kliewer et al., 1998). Подверженность ребенка тревожности и депрессии может быть обусловлена его ранними переживаниями чувства недостатка «контроля» над подкрепляющими событиями окружающей среды (Chorpita & Barlow, 1998). Дети, испытавшие чувство уменьшения контроля над негативными факторами окружающей среды, более подвержены развитию тревожности, чем те, которые приобрели чувство эффективного управления стрессовыми ситуациями.

Лечение и исход

Тревожные расстройства у детей могут сохраняться в подростковом и юношеском возрасте, сначала приводя к неадаптивным реакциям избегания, а затем все к более сильным идиосинкразиям в мышлении и поведении или к неспособности «вписаться» в группу сверстников. Однако обычно этого не происходит. По мере того как дети, страдающие подобными расстройствами, вырастают, их взаимодей-

ствие со школой и группами сверстников усиливается и расширяется. Они приобретают друзей и достаточно хорошо справляются с заданиями. Учителя, понимающие потребности сверхтревожных и застенчивых, замкнутых детей, зачастую способны дать им успешный опыт, способствующий уменьшению тревожности.

Сегодня все чаще применяется психофармакологическое лечение тревожных расстройств; однако эффективность воздействия таких препаратов, как имипрамин, в отношении рассматриваемых проблем оспаривается. Более того, одним из факторов, призывающих к осторожности использования медикаментозного лечения, служит неопределенность диагностики. Нередко тревожность сосуществует с другими состояниями, особенно с депрессией (Gittelman et al., 1985) и ДВСГ (Pliszka, 1989). Очень часто нет ясности, необходимой для назначения анксиолитических препаратов.

Зачастую тревожным детям помогают методы поведенческой терапии, иногда используемые в школе. Эти методы включают в себя тренировку настойчивости, помогающей приобрести необходимые навыки, и выработку менее тревожных паттернов поведения. Недавно группа исследователей сообщила об успешном применении когнитивно-бихевиорального подхода в отношении 94 детей в возрасте 9–13 лет, страдающих тревожными расстройствами (Kendall, Flannery-Schroeder et al., 1997). Методы поведенческой терапии, например десенсибилизация, должны быть адаптированы к конкретной проблеме ребенка; методы *in vivo* (использование реальных жизненных ситуаций, градуированных по степени тревожности) дают лучший эффект, чем «воображаемые» истории.

В Австралии недавно было выполнено интересное исследование эффективности использования когнитивно-бихевиоральной терапии для профилактики и лечения тревожности. С целью идентификации и снижения тревожности у подростков младшего возраста авторами (Dadds, Spence et al., 1997) были отобраны 314 детей из выборки, состоящей из 1786 школьников (г. Брисбейн, Австралия) в возрасте от 7 до 14 лет, симптомы которых соответствовали критериям тревожного расстройства. Исследователи установили контакты с родителями этих детей с целью привлечения их к участию в лечении, и 128 из них дали свое согласие. Лечение включало в себя проведение групповых сессий с детьми, на которых их обучали распознавать собственное чувство тревоги и наиболее эффективно справляться с ним. Кроме того, родителей обучали поведенческим методам управления, для того чтобы они успешнее могли влиять на поведение детей. Через 6 месяцев после окончания терапии в экспериментальной группе по сравнению с контрольной, наблюдалось значительное снижение тревожности.

Депрессия у детей

В детской психопатологии достаточно долго не признавался тот факт, что дети страдают от депрессивных расстройств (Hammen & Rudolph, 1996). Однако клиницисты, работавшие с детьми, уже давно отмечали паттерн симптомов, указывающих на депрессию. Шпиц (Spitz, 1946) впервые описал расстройство, получившее название «анаклитическая депрессия», — поведенческий паттерн, аналогичный депрессии взрослых, который встречается у младенцев и детей, страдающих от длительной разлуки с матерью. Этот специфический депрессивный синдром характеризуется медленным развитием и такими поведенческими проявлениями, как плаксивость, печаль, неподвижность и апатия.

Более поздние исследования подтвердили тот факт, что у детей и подростков депрессия встречается достаточно часто. Распространенность в данный момент времени (показатель на период проведения оценки) тяжелого депрессивного расстройства у детей оценивали в интервале 0,4–2,5%, а у взрослых 4,0–8,3% (Birmaher, Ryan et al., 1996). Распространенность возникновения тяжелого депрессивного расстройства у подростков в какой-либо период их жизни колебалась от 15 до 20% (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996). Обследование 1710 старшеклассников показало, что распространенность подобного рода нарушений на момент обследования составляла 2,9%; распространенность на протяжении всей жизни — 20,4%; способность к восприятию и формированию суицидальных идей достаточно высока — 19% (Lewinson et al., 1996). До наступления подросткового периода уровень депрессии несколько выше у мальчиков, при этом у девочек подросткового возраста она отмечается почти в 2 раза чаще, чем у их сверстников-мальчиков (Hankin et al., 1998). Левинсон с коллегами (Lewinsohn et al., 1996) сообщают, что 7,1% подростков, участвовавших в опросе, в прошлом имели попытку суицида. В более недавнем эпидемиологическом исследовании (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1994) отмечено, что 1,7% подростков в возрасте от 14 до 18 лет пытались совершить самоубийство.

Клиническая картина при детской депрессии

Детская депрессия включает в себя такие поведенческие проявления, как замкнутость, плач, избегание зрительного контакта, физические жалобы, плохой аппетит, а в некоторых случаях — агрессивное поведение и даже самоубийство (Pfeffer, 1996a, 1996b). В ходе одного недавно проведенного эпидемиологического исследования (Cohen et al., 1998) сообщалось о наличии связи между соматическими заболеваниями и детской депрессией. Это позволяет сделать вывод о том, что у них могут быть общие этиологические факторы.

В настоящее время депрессию детей классифицируют в соответствии с такими же диагностическими критериями *DSM-IV*, что и у взрослых (Kovacs, 1996). Единственное отличие состоит в том, что у детей симптомом часто служит раздражительность, на смену которой приходит депрессивное настроение, что хорошо проиллюстрировано следующим примером (Hammen & Rudolph, 1996).

Разбор случая: раздражительность как основной симптом депрессии. Джо, 10-летний мальчик, мать и учителя которого испытывали беспокойство по поводу его раздражительности и вспышек гнева, проявляющихся как в школе, так и дома. По малейшему поводу он начинал плакать, кричать и швыряться различными предметами. На занятиях ему было трудно сосредоточиться, он легко отвлекался. Он все больше избегал своих сверстников и играл в одиночестве, а дома большую часть времени проводил в своей комнате, смотря телевизор. Его мать отметила, что у мальчика нарушился сон и за последние два месяца он стал весить на 10 фунтов больше из-за того, что непрерывно что-то жевал. Школьный психолог исключала наличие неспособности к научению или расстройство дефицита внимания; она считала, что Джо — глубоко несчастный ребенок, страдающий от чувства бессмысленности, безнадежности и желающий смерти. Возможно, эти переживания начались за полгода до описываемых событий, когда отец Джо, находящийся уже несколько лет в разводе с его матерью, вновь вступил в брак и переехал в другой город, вследствие чего стал уделять мальчику меньше внимания (p. 153–154).

Многие исследователи считают вполне естественным использование диагностических категорий депрессии взрослых по отношению к детским нарушениям. Лобовиц и Хэндел (Lobovitz & Handel, 1985), например, установили, что такие диагностические критерии взрослых, как дистимия или тяжелая депрессия, можно достоверно применять и для детей. Авторы пришли к заключению, что их использование в детской психопатологии является хорошим отправным пунктом для того, чтобы разобраться с путаницей вокруг диагноза и уровня распространенности этого расстройства у детей (р. 52).

Причины детской депрессии

Причины тревожного расстройства детей имеют отношение и к депрессивному расстройству.

Биологические факторы. По-видимому, существует связь между депрессией родителей и проблемами в поведении и настроении у детей (Thapar & McGuffin, 1996). По сравнению с детьми, родители которых не страдали психологическими расстройствами, дети родителей, страдающих тяжелой депрессией, имели больше нарушений, испытывали бóльшую потребность в психологической помощи и у них чаще диагностировали психологические расстройства (Kramer, Warner et al., 1998; Mufson, Weissman & Warner, 1992). Исследование семейной истории и начальной фазы депрессии с участием экспериментальной и контрольной групп показало, что дети из семей с расстройствами настроения демонстрировали достоверно более высокий уровень депрессии, чем дети из контрольных семей (Kovacs, Devlin et al., 1997). По сравнению с детьми родителей из контрольной группы уровень суицидальных попыток также оказался выше для тех детей, родители которых страдали депрессией (7,8%) (Weissman et al., 1992). Дети, пережившие в прошлом стрессовые события, подвержены состоянию депрессии, которая повышает их ранимость в отношении суицидальных мыслей в состоянии стресса (Brent, Moritz & Liotus, 1996). Данные корреляции предполагают наличие потенциального генетического компонента детской депрессии. Однако во всех этих случаях причиной могло быть и научение.

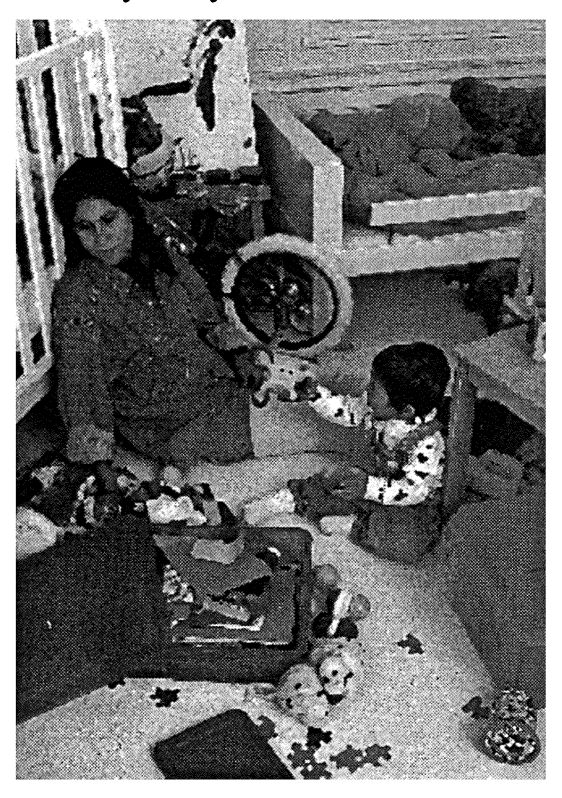
Факторы научения. Научение неадаптивному поведению, по всей видимости, очень важно для развития депрессивного расстройства у детей (Kaslow, Deering & Racusin, 1994). У ребенка, сталкивающегося с негативным поведением родителей или негативными эмоциональными состояниями, может развиться депрессивный аффект. Исследователи оценивали главным образом вероятность того, как матери, страдающие депрессией, передают младенцам свое настроение в процессе общения. Депрессия у матерей встречается достаточно часто и может проистекать из нескольких источников. Многие женщины, страдающие клинической депрессией, имеют детей. У некоторых женщин, однако, депрессия развивается во время беременности или сразу после рождения ребенка, частично из-за истощения и гормональных перестроек, которые могут влиять на организм. Некоторые исследователи отмечают, что переживания и трудности, связанные с браком, а также родами и уходом за младенцем, способствуют развитию депрессии у матерей (Campbell et al., 1990; Sameroff, Seifer & Zax, 1982).

Многочисленные исследования подтвердили предположение о том, что паттерны отношения матери и младенца оказывают решающее влияние на развитие у него привязанности и что депрессия матери может негативно воздействовать на ребенка

(Martinez, Malphurus et al,. 1996). Женщины, страдающие дисфорией, не реагируют должным образом на своих детей (Goldsmith & Rogoff, 1997). Находясь в депрессии, они, как правило, менее чувствительны к своим детям и относятся к ним более негативно по сравнению с теми, кто не испытывает депрессии (Murray, Fiori-Cowley et al., 1996). Другие исследования продемонстрировали, что негативный (депрессивный) аффект и «подавленное» настроение матери, для которой характерны безразличное выражение лица и раздраженное поведение, может вызвать аналогичные реакции у ее ребенка (Cohn & Tronick, 1983; Tronick & Cohn, 1989). Интересно, что негативное воздействие стиля общения матери, страдающей депрессией, было исследовано и на физиологическом уровне. Так, исследователи установили, что в момент выражения матерью негативных эмоций у младенца регистрируется более высокая электрическая активность лобных долей мозга (Dawson, Panagiotides et al., 1997).

В настоящее время неясно, насколько сильно негативные реакции младенца на депрессивное, «подавленное» настроение человека, заботящегося о нем, могут определить в дальнейшем развитие детской депрессии. Эта гипотеза носит предположительный характер и в конце концов может привести к более полному пониманию возможной связи между настроением человека, осуществляющего заботу, и поведением ребенка.

Еще одно важное направление исследований детской депрессии включает в себя когнитивно-бихевиоральный подход. Существует достаточно много доказательств того, что депрессивные симптомы положительно коррелируют с тенденцией приписывать позитивным событиям внешние, специфические и нестабильные причины, а негативным — внутренние, глобальные и стабильные (Hinshaw, 1992). Например, ребенок может объяснять отторжение и придирки сверстников их ложным убеждением



Матери, страдающие депрессией, могут передавать ее своим детям, недостаточно реагируя на них вследствие своего «подавленного» состояния. К сожалению, депрессия у матерей встречается слишком часто. Истощение, проблемы с мужем в связи с появлением ребенка и изменением стиля жизни семьи, тяжесть родов и трудности, возникающие в процессе ухода за новорожденным, могут вносить свой вклад в ее развитие.

в том, что он обладает какими-либо внутренними недостатками. Хиншоу (Hinshaw, 1994) считает тенденцию к созданию искаженных ментальных репрезентаций важной причиной таких нарушений, как депрессия и расстройства поведения. Кроме того, дети, демонстрирующие симптомы депрессии, позднее склонны недооценивать свою компетентность (Cole et al., 1998).

Лечение и исход

Гипотеза о том, что детская депрессия аналогична депрессии взрослых (Ryan et al., 1987), подтолкнула исследователей к мысли назначать детям, демонстрирующим расстройства поведения, и особенно подросткам, склонным к суициду (Greenhill & Waslick, 1997), точно такое же медикаментозное лечение. Исследования эффективности антидепрессантов при лечении детей дают в лучшем случае противоречивые результаты. Некоторые недавние исследования применения флуоксетина (прозака) подростками, страдающими депрессией, показали, что препарат обладал более высокой эффективностью, чем плацебо (Emslie, Rush et al., 1997; De Vane & Floyd, 1996), хотя в этом случае очень редко удавалось добиться полной ремиссии симптомов. Однако результаты другого исследования (Sommers-Flannagan & Sommers-Flannagan, 1996), посвященного тщательной оценке медикаментозного лечения детей и подростков антидепрессантами, заставили прийти к заключению о том, что современные препараты не приносят большей пользы, чем плацебо. Лечение детей и подростков антидепрессантами может вызвать нежелательные побочные эффекты (тошноту, головную боль, нервозность, бессонницу и даже судороги). Было отмечено четыре смертельных исхода при применении дезипрамина (Campbell & Cueva, 1995).

Важным аспектом психотерапии детей, страдающих депрессией, тревожными или любыми другими расстройствами, является создание для них такого эмоционального окружения, в котором они смогли бы научиться более эффективным стратегиям решения своих проблем и адекватному выражению эмоций. Дети более старшего возраста и подростки зачастую могут извлечь пользу из методов позитивной терапии, когда они получают возможность открыто обсуждать свои чувства. Детям младшего возраста, а также имеющим плохо развитые вербальные навыки, может помочь игровая терапия. Исследования психологической помощи подросткам, страдающим депрессией, показали, что когнитивно-бихевиоральная терапия (основанная на идеях когнитивно-бихевиорального подхода Бека, который мы подробно обсудили в главе 6 — Ackerson et al., 1998) существенно смягчает проявление симптомов (Brent, Holder et al., 1997). Роусон и Тэбб (Rawson & Tabb, 1993) продемонстрировали, что краткосрочное лечение в домашних условиях оказывает положительное воздействие на детей в возрасте 8–14 лет, страдающих депрессией.

Важным аспектом лечения депрессии у молодых людей является необходимость оценивать вероятность самоубийства (Berman & Jobes, 1991). Это хорошо демонстрирует следующий пример.

Разбор случая: мальчик, страдающий депрессией, и его семья. Джека, 10-летнего мальчика, доставили в детскую психиатрическую больницу после того, как он попытался вонзить себе в живот кухонный нож среднего размера. Суицидальной попытке воспрепятствовала мать мальчика, перехватив его руку с ножом. Это событие произошло сразу после спора мальчика с отцом. Джек считал, что «отец ненавидит его»

и что «лучше бы ему было умереть». Этому способствовал целый ряд факторов. Мальчик вырос в атмосфере постоянных ссор между родителями. Его отец много пил и в пьяном виде бил мать. Мать Джека пребывала в хронической депрессии и часто говорила, что ей «не имеет смысла жить». Тем не менее она любила сына и, чувствуя, как он в ней нуждается, продолжала работать и вести домашнее хозяйство. У Джека была серьезная неспособность к обучению, и он изо всех сил боролся за отметки. У него был частный учитель, который помогал ему справляться с печальными мыслями и стыдом. Но мальчик, подвергаясь насмешкам одноклассников, часто думал о том, чтобы покончить с собой (Pfeffer, 1981, p. 218–219).

В настоящее время депрессивное настроение считается важным фактором риска суицида у детей и подростков (Ivarsson, Larsson & Gillberg, 1998; Pfeffer, 1996). По сообщениям, примерно 7–10% подростков пытались покончить с собой (Safer, 1997). Дети, совершившие суицидальную попытку, с большей вероятностью могут захотеть повторить ее, особенно в течение первых двух лет после этого эпизода, чем те, кто никогда не пытался убить себя (Pfeffer et al., 1994). Таким образом, среди всех детских расстройств именно депрессия заслуживает наибольшего внимания и интенсивного лечения.

Симптоматические нарушения: энурез, энкопрез, лунатизм и тики

Детские расстройства, которые мы рассмотрим в этом разделе, — выделительные нарушения (энурез и энкопрез), лунатизм и тики — обычно характеризуются одним выраженным симптомом, а не неадаптивным паттерном.

Функциональный энурез

Термин **«энурез»** подразумевает устойчивое непроизвольное выделение мочи, как правило, в период ночного сна, в том возрасте, когда дети уже способны к регуляции данной функции (после 5 лет). Согласно *DSM-IV*, функциональный энурез относится к мочеиспусканию в постель, не вызванному какой-либо органической причиной. Дети, которые страдают первичным функциональным энурезом, никогда не могли воздерживаться от непроизвольного мочеиспускания; при вторичном функциональном энурезе они могли регулировать эту функцию в течение по крайней мере года, но затем регрессировали.

Энурез может варьировать по частоте: отмечаться каждую ночь или случаться только изредка, когда ребенок находится в состоянии сильного стресса или слишком устал. По оценкам, примерно 4–5 млн детей в Соединенных Штатах страдают от неудобства и стыда, причиняемых этим расстройством. В *DSM-IV* приводятся следующие показатели распространенности энуреза: 7% мальчиков и 3% девочек в возрасте 5 лет; 3% мальчиков и 2% девочек в 10 лет; 1% мальчиков и почти полное отсутствие у девочек в 18 лет. Исследования выявили четкие половые и возрастные различия в распространенности энуреза. В ходе детального эпидемиологического исследования энуреза в Голландии (Verhulst et al., 1985) было установлено, что в 5–8-летнем возрасте у мальчиков данное нарушение встречается в 2–3 раза чаще, чем у девочек. Снижение частоты распространенности энуреза у мальчиков происходит гораздо медленнее; в возрасте 4–6 лет падение показателя заболеваемости для девочек составляет 71%, тогда как для мальчиков — всего 16%. Авторы рекомендуют расширить возрастные критерии для энуреза у мальчиков до 8 лет,

потому что примерно в 9 лет одинаковое число мальчиков и девочек достигает состояния «сухости», то есть мочатся в постель реже, чем раз в месяц.

Энурез может быть следствием большого количества органических заболеваний, например нарушения церебрального контроля над мочевым пузырем (Kaada & Retvedt, 1981), неврологической дисфункции (Lunsing et al., 1991) или других медицинских факторов, таких как побочное действие лекарственных препаратов (Took & Buck, 1996), недостаточная функциональная емкость мочевого пузыря или слабость сфинктера уретры (Dahl, 1992). В одном из исследований было установлено, что 11% пациентов, страдающих энурезом, имели нарушения в области мочеиспускательного канала (Watanae et al., 1994). Однако бо́льшая часть исследователей подчеркивает возможность влияния других причин: 1) ошибок научения, приводящих к неспособности контролировать рефлекторное опорожнение мочевого пузыря; 2) личной незрелости, связанной с эмоциональными проблемами или проистекающей из них; 3) нарушенных взаимоотношений в семье, ведущих к постоянной тревожности, враждебности или тому и другому одновременно; 4) событий, вызывающих стресс (Haug Schnabel, 1992). Например, ребенок может регрессировать до мочеиспускания в кровать, когда в семье появляется новорожденный, который становится центром внимания.

Медицинская помощь при энурезе в основном состоит в использовании лекарственных препаратов, например имипрамина. Механизм действия данного препарата неизвестен, однако он способен превратить фазы глубокого сна в поверхностные и помочь ребенку лучше чувствовать потребности своего тела (Dahl, 1992). Позднее стали интраназально использовать десмопрессин (*DDAVP*), для того чтобы помочь детям успешнее справляться с мочеиспусканием. Этот лекарственный препарат, заместитель гормона, увеличивает концентрацию мочи, уменьшает ее объем и, таким образом, снижает потребность в мочеиспускании (Dahl, 1992). Применение этого лекарства для лечения детей, страдающих энурезом, не панацея. Одним из его недостатков является то, что он помогает далеко не всем детям, и то лишь временно. Другой недостаток данного препарата — его дороговизна. Совсем недавно появилось сообщение (Bath, Morton, Uing & Williams, 1996) о том, что лечение десмопрессином вызывает определенное разочарование, но его применение приносит некоторую пользу в тех случаях, когда ребенку нужно помочь оставаться сухим в течение короткого времени: на празднике или в лагере. Было высказано предположение о том (Moffatt, 1997), что десмопрессин занимает важное место в лечении ночного энуреза, особенно самых младших детей, которые достаточно слабо реагируют на поведенческие методы. Полезно помнить, что лекарства сами по себе не в состоянии вылечить энурез и что после того как ребенок заканчивает принимать препарат или привыкает к нему, наступает рецидив заболевания (Dahl, 1992).

Было доказано, что самый эффективный способ лечения энуреза — выработка условных рефлексов (Friman & Warzak, 1990). Маурер и Маурер (Mowrer & Mowrer, 1938) предложили следующую процедуру: ребенок спит на подушке, соединенной с батареей, к которой прикреплен колокольчик. При выделении первых капель мочи колокольчик звенит и ребенок просыпается. Благодаря формированию условного рефлекса ребенок начинает связывать напряжение в мочевом пузыре с пробуждением.

Независимо от наличия или отсутствия лечения частота распространенности энуреза падает с возрастом. Однако до сих пор многие эксперты убеждены в том, что энурез следует лечить в детстве, поскольку не существует способа, который позволил бы определить, кто из детей, страдающих им в настоящее время, будет подвержен ему во взрослом возрасте. В результате анализа исследований лечения недержания мочи (Houts, Berman & Abramson, 1994) авторы сделали вывод о том, что у детей, получавших медицинскую помощь, более благоприятные перспективы, чем у тех, кто не имел ее. Они также установили, что использование методов, основанных на научении, гораздо сильнее, чем применение медикаментозного лечения, улучшает ситуацию с недержанием мочи.

Функциональный энкопрез

Термин **«энкопрез»** употребляется для описания поведения тех детей, которые не приобрели соответствующих навыков контроля над своим кишечником в возрасте старше 4 лет. Это состояние встречается реже, чем энурез; однако, по оценкам *DSM-IV*, оно отмечается примерно у 1% 5-летних детей. Исследование 102 случаев энкопреза позволило получить следующую картину: средний возраст детей с таким расстройством составляет 7 лет, варьируя от 4 до 13. Примерно у одной трети детей, страдающих энкопрезом, присутствует также и энурез; кроме того, были выявлены значительные половые различия: в исследованной выборке им страдало в 6 раз больше мальчиков, чем девочек. Многие дети в состоянии стресса пачкают одежду. Как правило, это происходит днем, после окончания занятий; только немногие дети сталкивались с этой проблемой непосредственно в школе. Большинство из них говорили, что не знают, когда им нужно испражниться, или что они слишком стесняются воспользоваться туалетом в школе.

Многие дети с энкопрезом страдают также от запоров; таким образом, важным элементом диагностики этого расстройства является общемедицинское исследование на предмет наличия физиологических факторов, вызывающих его. Лечение энкопреза обычно имеет медицинский и психологический аспекты (Dawson, Griffith & Boeke, 1990). В одной из работ было установлено, что применение медицинских и поведенческих методов привело к излечению от энкопреза в исследуемой выборке более чем половины детей, то есть в течение 6 месяцев после окончания лечения у них не было зафиксировано ни одного подобного случая. Еще 25% детей испытали значительное улучшение (Levine & Bakow, 1975).

Лунатизм (сомнамбулизм)

Данное расстройство обычно начинается в возрасте 6–12 лет, однако в *DSM-IV* его классифицируют более широко — как нарушения сна и не связывают с заболеваниями младенчества, детства или подросткового периода. Симптомы лунатизма включают в себя повторяющиеся эпизоды, во время которых человек встает с кровати и начинает ходить, не осознавая то, что он делает. Впоследствии он ничего не помнит об этом.

Имеющаяся статистика очень неполна, но распространенность одного эпизода лунатизма у детей, согласно *DSM-IV*, достаточно велика: от 10 до 30%; однако встречаемость повторных эпизодов незначительна — 1–5%. Дети, подверженные этому расстройству, обычно нормально засыпают, но встают на 2-й–3-й час сна. Они мо-

гут пойти в другую комнату или даже выйти на улицу, а также способны совершать сложные действия. В конце концов они возвращаются в кровать и утром ничего не помнят о происшедшем. Когда лунатик ходит, его глаза частично или полностью открыты; он обходит препятствия, слышит, если ему что-то говорят, и обычно реагирует на команды, например ложиться снова в кровать. Если лунатика потрясти, то он обычно просыпается и оказывается очень удивленным и озадаченным тем, что оказался в неожиданном месте. Эпизоды лунатизма обычно продолжаются 15–30 минут. Причины данного расстройства до конца непонятны. Лунатизм происходит во время фазы медленного сна. По-видимому, он ассоциируется с некой ситуацией, порождающей тревогу, которая только что произошла или должна случиться в ближайшем будущем (Klackenberg, 1987).

Лечению лунатизма уделяли мало внимания. Тем не менее в одной из работ (Clement, 1970) сообщалось о лечении 7-летнего мальчика с помощью поведенческой терапии. Во время лечения терапевт узнал, что как раз перед эпизодом лунатизма мальчику снится кошмар, как его хватает «большой черный жук». Как только начинается этот сон, у него появляется обильный пот, он стонет и разговаривает, мечется и ворочается, но не просыпается, и, наконец, встает и ходит по дому. На следующее утро, когда мальчик просыпается, он не помнит эпизод лунатизма. Исследования не выявили у него неврологических или иных медицинских проблем. Кроме того, ребенок обладал нормальным уровнем интеллекта. Однако это был очень тревожный, страдающий от чувства собственной вины маленький мальчик, уклонявшийся от уверенного и агрессивного поведения, свойственного его возрасту и полу (р. 23). В процессе лечения терапевт сделал основной упор на том, чтобы мать будила мальчика каждый раз, как только увидит признаки приближающегося приступа. Разбудив сына и ополоснув ему лицо холодной водой, мать клала его обратно в кровать, где он должен был ударить нарисованного на бумаге большого черного жука и разорвать картинку (в самом начале лечения мальчик сделал несколько таких рисунков).

В конце концов ночной кошмар стал ассоциироваться с пробуждением и мальчик научился просыпаться почти во всех случаях, когда видел страшные сны. Автор считал, что в этом случае базовая модель поведенческой терапии работает благодаря выработке условного рефлекса, точно так же как и при лечении энуреза, когда реакцию пробуждения вызывают таким интенсивным стимулом, как мочеиспускание, что в результате предупреждает ночное недержание мочи.

Тики

Тик — это устойчивое, периодическое мышечное подергивание или спазм, обычно приуроченный к локализованной группе мышц. Этот термин обычно охватывает мигание глаза, подергивание рта, облизывание губ, передергивание плечами, поворот шеи, покашливание, сморкание, а также ряд других действий. Тики чаще всего отмечаются в возрасте 2–14 лет (Evans, King & Leckman, 1996). В некоторых случаях, например при покашливании, индивид может осознавать наличие тика. Однако обычно это действие совершается автоматически и даже не замечается человеком. Фактически многие люди не подозревают о своем тике до тех пор, пока им кто-нибудь не скажет об этом. Проведенное недавно кросс-культурное исследование тиков выявило в разных странах сходные паттерны в описаниях исследовательских

и клинических случаев (Staley, Ward & Shady, 1997). Более того, в разных культурах тик начинался у детей одного и того же возраста (в среднем в 7–8 лет), причем преобладал у мальчиков.

Разбор случая: лицевой тик подростка. Подросток, который очень хотел стать учителем, сказал школьному психологу, что он подумывает о том, чтобы отказаться от своих планов. Когда его спросили о причине такого решения, он объяснил, что несколько друзей сказали ему, что у него постоянно подергиваются мускулы рта во время выступления перед классом. Мальчик ничего не знал об этих подергиваниях. Даже после того, как ему рассказали об этом, он не мог определить, в какие моменты это происходит. Однако подросток начал сильно сомневаться в себе и стал уклоняться от ответов на вопросы или участия в дискуссиях. В результате у него стало расти общее напряжение, тик проявлялся чаще и был заметным даже в тех случаях, когда мальчик разговаривал с друзьями. Таким образом, возник порочный круг. К счастью, ситуацию удалось исправить с помощью выработки условных рефлексов и воспитания уверенности в себе.

Синдром Туретта представляет собой крайнюю форму тикового расстройства, включающего в себя множественные двигательные и голосовые паттерны. При этом расстройстве обычно наблюдаются неконтролируемые движения головой, сопровождающиеся звуками: хрюканьем, щелканьем, визгом, фырканьем или словами. Некоторым, а возможно, большинству тиков предшествует чувство, что после их начала наступит облегчение. Таким образом, тики зачастую очень трудно отличить от компульсий, поэтому они относятся к «компульсивным тикам» (Jankovic, 1997).

Примерно у трети индивидов с синдромом Туретта развивается копролалия — сложный речевой тик, выражающийся в произнесении непристойностей. Синдром Туретта появляется, как правило, у ребенка в период от 7 до 14 лет и часто сохраняется во взрослом возрасте. У мужчин это расстройство встречается примерно в 3 раза чаще, чем у женщин. Хотя точная причина развития синдрома Туретта не известна, некоторые факты позволяют предположить, что в основе данного заболевания лежат органические изменения. У детей, страдающих таким нарушением, могут возникать существенные проблемы с адаптацией в школе (Nolan & Gadow, 1997). В этой связи необходимо вмешательство, цель которого — помочь ребенку в процессе адаптации и изменении реакции сверстников на таких детей. В вопросах социальной адаптации существенную помощь ребенку, страдающему синдромом Туретта, могут оказать школьные психологи благодаря методам бихевиоральной терапии (Walter & Carter, 1997). Их задачей должно быть изменение неприязненного отношения окружающих к такому необычному поведению малышей на более позитивное.

Существует много разных видов тиков; некоторые из них связаны с наличием других психологических нарушений (Cardona et al., 1997), главным образом, обсессивно-компульсивного рассройства (ОКР). Однако большинство тиков не имеет органической основы и зачастую обусловлено психологическими причинами, например застенчивостью или напряжением в социальных ситуациях; обычно они связаны с тяжелыми поведенческими проблемами (Rosenberg, Brown & Singer, 1995). Как видно из описанного выше случая с мальчиком-подростком, если человек знает о своем тике, это нередко способствует развитию напряжения и усиливает проявление недуга.

Тики успешно лечатся медикаментозно. Эффективнее всего на них воздействуют нейролептические препараты (Kurlan, 1997). Клоназепам, клонидин и тиаприд уменьшают моторные тики, но сильнее всего снижает их интенсивность и частоту тиаприд (Drotikova et al., 1996). Кэмпбелл и Куэва (Campbell & Cueva, 1995) отметили уменьшение тяжести тика у 65% больных после применения как галоперидола, так и пимозида. Однако в результате исследования они пришли к выводу, что эффективнее — галоперидол.

При лечении тиков успешно применяются также методы бихевиоральной терапии. Одна из успешно завершившихся программ включала в себя несколько последовательных элементов: обучение релаксации и выработку несовместимых ответов, постепенный переход к когнитивной терапии и изменение стиля поведения в целом. Наконец, перфекционистские ожидания по поводу Я-образа (часто существующие у детей и подростков, страдающих тиком) подвергаются когнитивному реструктурированию (O'Connor et al., 1998).

Первазивные нарушения, связанные с развитием: аутизм

Первазивные нарушения, связанные с развитием (ПНР), образуют группу тяжелых состояний, наиболее сложных для понимания и лечения. Они составляют примерно 3,2% случаев, наблюдаемых среди пациентов стационаров (Sverd, Sheth, Fuss & Levine, 1995). Полагают, что они возникают в результате некоторых структурных изменений головного мозга, которые заметны уже в момент рождения ребенка или проявляются по мере его развития (Siegel, 1996). Описания определений, связанных с развитием у детей первазивных нарушений, полностью совпадают в *DSM-IV* и МКБ-10 (Международная классификация болезней, публикуемая Всемирной организацией здравоохранения); при этом они содержат разные критерии по ряду других заболеваний (Sponheim, 1996). Существует несколько первазивных нарушений, связанных с развитием и включенных в *DSM-IV*. К ним относится, например, синдром Аспергера, который представляет собой «тяжелое и стойкое нарушение социальных взаимодействий» и включает в себя выраженное стереотипное (повторяющееся) поведение и ярко выраженную склонность к рутинным действиям (Gillberg, 1998). Этот поведенческий паттерн обычно возникает позже, чем первазивные нарушения, связанные с развитием, например аутизм, но тем не менее влечет за собой длительную психологическую недееспособность.

Одним из самых распространенных, загадочных и тяжелых первазивных нарушений, связанных с развитием, которое мы рассмотрим наиболее подробно, является аутическое расстройство, часто называемое аутизмом или детским аутизмом. Это расстройство включает в себя широкий спектр проблемных поведенческих проявлений, в том числе дефицит языкового, перцептивного и моторного развития; неадекватную оценку реальности; неспособность функционировать в социальных ситуациях. Приведенный ниже отрывок иллюстрирует поведение ребенка, страдающего аутизмом.

Разбор случая: аутизм. Мальчику 5 лет. Когда с ним разговаривают, он отворачивается. Иногда он что-то мычит. Мальчик не приучен к туалету, не может самостоятельно

есть. Он активно избегает прикосновений, каких-либо контактов с окружающими, старается не смотреть в глаза. Ребенок часто совершает повторные механические действия, например роняет предмет, поднимает его и снова роняет. Он испытывает патологическую тягу к однообразию. Сидя, он может часами ритмично покачиваться взад-вперед. Любые незначительные изменения в распорядке дня приводят его в отчаяние.

Аутизм у младенцев и детей был впервые описан Кэннером (Kanner, 1943). В Америке им страдают примерно 80 тыс. детей (в среднем примерно 6,5 ребенка на каждый 10 тыс. детей). Аутизм встречается в 4–5 раз чаще у мальчиков, чем у девочек (Gillberg, 1995). В эпидемиологическом исследовании четырех областей Франции были получены следующие результаты: 4,9 случая на 10 тыс. детей, доля мальчиков преобладает в 2 раза (Fombonne & du Mazaubrun, 1992). Аутизм обычно выявляется у ребенка в возрасте до 30 месяцев; его проявления отмечаются уже в первые недели жизни. В одном из недавних исследований было зафиксировано такое аутическое поведение, как недостаток эмпатии, внимания к другим и способности к подражанию у ребенка в возрасте 20 месяцев (Charman, Swettenham, Baron-Cohen et al., 1997). Аутичные дети встречаются в любом социальном слое.

Клиническая картина аутизма

У детей, страдающих аутизмом, степень нарушения различных способностей варьирует. В этом разделе мы обсудим некоторые типы поведения, характерные для аутизма. Решающим и типичным признаком данного нарушения является отстраненность ребенка от окружающих, даже на первых этапах его жизни (Adrien et al., 1992). Матери часто вспоминают, что такие дети никогда не прижимаются, не тянутся к взрослому, если тот берет их на руки. Они никогда не улыбаются и не смотрят на мать во время кормления и, по-видимому, не замечают входящих и уходящих людей.

Социальный дефицит

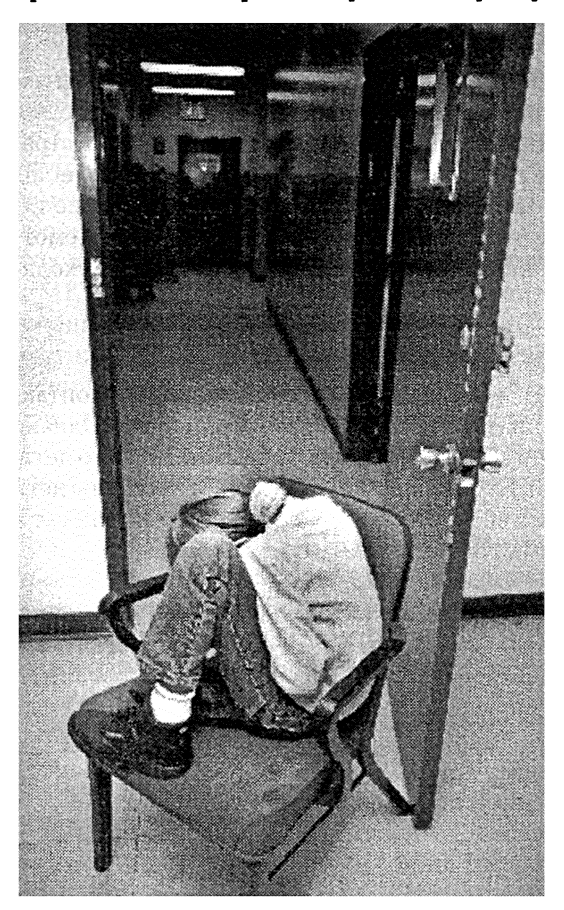
В типичном случае аутисты не демонстрируют потребности в любви или контактах с кем-либо, иногда кажется, что они даже не знают, кто их родители. Однако последние исследования поставили под сомнение предположение о том, что дети, страдающие аутизмом, лишены эмоций. Было продемонстрировано, что такие дети на самом деле выражают эмоции (Capps et al., 1993). Они не лишены эмоциональных реакций, как принято считать согласно традиционным описаниям этого заболевания. Сигман (Sigman, 1996) охарактеризовал кажущуюся неспособность аутичных детей реагировать на окружающих как недостаток социального понимания: дефицит способности «читать» социальные знаки, подаваемые окружающими людьми. Предполагают, что аутичный ребенок страдает своего рода «психической слепотой», неспособностью занять некую позицию, как это делают остальные люди. Например, у таких детей, по всей видимости, ограничена способность к пониманию того, куда или на что указывает другой человек. Более того, аутичный ребенок демонстрирует дефицит внимания и неспособность к ориентации на звуковые сигналы в окружающем пространстве (Townsend, Harris & Courchesne, 1996).

Многие исследования были посвящены описанию недостатков социального взаимодействия у аутичных детей. В одном из последних обзоров, посвященных

исследованию поведения, (Lord & Magill-Evans, 1995), авторы отмечают, что аутичные дети имеют меньше социальных взаимодействий, чем их сверстники. Однако при этом они делают важное наблюдение, что аутичный ребенок сам не играет, по крайней мере, не демонстрирует спонтанной игры. Фактически он ничего не делает большую часть времени.

Отсутствие речи

Отсутствие речи или серьезное ограничение ее использования характерно для аутичных детей. Предполагается, что у них наблюдается дефицит имитации, они не способны к эффективному научению посредством подражания (Smith & Bryson, 1994). Данная дисфункция могла бы объяснить характерное отсутствие речи или ее ограниченное использование аутичными детьми. В случае, когда речь присутствует, она никогда не используется для коммуникации, за исключением ее самых рудиментарных форм, например произнести «да» в ответ на вопрос, или в виде **эхолалии** (бессмысленном повторении нескольких слов). В некоторой степени повторение вербальных реакций родителей наблюдается у нормальных детей в процессе их экспериментирования при произношении членораздельных фраз. В то же время устойчивая эхолалия обнаруживается примерно у 75% аутичных детей (Prizant, 1983). Некоторые исследователи основное внимание уделили попыткам определить, насколько функциональна эхолалия у аутичных детей. Призант и Дачен (Prizant & Duchan, 1981) проанализировали тональность, латентность и другие речевые характеристики эхолалической вербализации, которую ранее считали бессмысленной. Они пришли к выводу, что такая вербализация может помочь клиницистам и исследователям понять когнитивную и коммуникативную деятельность аутичных детей. Тем не менее высказывания аутичных детей остаются крайне непонятными и, несомненно, не могут стать адекватной заменой нормальной речевой деятельности.



Крайний уход в себя типичен для аутичных детей.

Возможно, общепринятое изображение ребенка-аутиста лишенным языковых навыков и полностью ушедшим в себя, является слишком упрощенным. Исследователи обнаружили, что языковые навыки у аутистов сильно варьируют и, по крайней мере, некоторые аутичные дети в состоянии понимать речь, хотя и не могут говорить сами (Wetherby & Prizant, 1992). По всей видимости, аутичные дети активно классифицируют окружающую среду в соответствии со своими понятиями, пытаясь исключить либо свести к минимуму разнообразие или вмешательство других людей, предпочитая ограниченную деятельность в уединении. Такой ребенок часто демонстрирует активное отвращение к звуковым стимулам и плачет, даже если слышит родительский голос. Однако этот паттерн не является неизменным; в какие-то моменты аутичные дети испытывают ажитацию и панику при очень тихих звуках, тогда как в другое время они могут полностью игнорировать громкий шум.

Аутостимуляция

У аутичных детей часто отмечается аутостимуляция; обычно она принимает форму навязчивых (повторяющихся) движений: ударов, поворотов и покачивания головой, которые могут продолжаться часами. Помимо навязчивых действий у них наблюдаются и другие особенности поведения. Случай маленького мальчика, страдающего аутизмом, хорошо иллюстрирует подобное поведение (Schreibman & Charlop-Christie, 1998).

Разбор случая: навязчивое поведение аутичного мальчика. А. описывали как плачущего, очень тревожного ребенка, который часами бегал кругами, издавая пронзительные звуки. Он также любил сидеть в ящике, под ковром или под одеялом. Обычно он нагромождал мебель в кучу и спал посреди комнаты. Временами думали, что мальчик глухой, хотя он и демонстрировал явный страх перед громкими звуками. Ребенок отказывался от любой еды, если она была упакована не в бутылки. Он не хотел носить одежду, жевал камни и бумагу, кружился сам и крутил различные предметы. Мальчик месяцами играл одними и теми же игрушками, выстраивал предметы в линию и коллекционировал, например, крышки от бутылок. Он настаивал на том, чтобы каждая вещь у него была в двух экземплярах, по одному в каждой руке. Он испытывал огромное разочарование, если его прерывали или изменяли расположение вещей (Gajzago & Prior, 1974; p. 264).

Интеллектуальные способности

В отличие от вышеописанной ситуации, у некоторых аутичных детей хорошо развиты навыки подбора предметов друг к другу. Таким образом, собирая мозаику, они достигают результата, соответствующего уровню развития нормальных детей, или даже превышают его. Однако при манипуляции с объектами у такого ребенка возникают затруднения с определением их значения. Например, если надо расположить картинки в определенной последовательности, отображающей события какой-то истории, аутичные дети испытывают серьезные трудности. Более того, у аутичных подростков, даже тех, которые успешно функционируют, возникают проблемы с такими символическими заданиями, как пантомима. Подобные трудности они испытывают, когда их просят вспомнить двигательные акты, например выполнить действия с воображаемыми предметами (глажение утюгом), хотя они успешно справляются с такими заданиями в реальной жизни (Rogers, Benetto et al., 1996).

Согласно мнению некоторых исследователей, аутичные дети обладают потенциально нормальным интеллектом. Данную точку зрения оспаривают те ученые,

которые полагают, что у большинства таких детей наблюдается задержка умственного развития. Приор и Верри (Prior & Wherry, 1986) отмечают, что примерно три четверти из них имеют такие проблемы. Однако некоторые аутичные дети демонстрируют ярко выраженные отдельные изолированные способности, например выдающуюся память (вспомните героя Дастина Хофмана в фильме «Человек дождя»). В этой связи Гудмэн (Goodman, 1989) описал случай «аутиста-ученого», который в раннем возрасте продемонстрировал уникальную способность определять день недели любой исторической даты, мог назвать столицы большинства государств и очень быстро производил вычисления, что позволило ему выиграть много денег в Лас-Вегасе. Несмотря на это, его речевое развитие сильно отставало, он демонстрировал безразличие к окружающим и аналогичные симптомы, характерные для аутичных детей.

В последнее время особое внимание исследователей привлекла проблема когнитивного дефицита у аутистов (Bennetto, Pennington et al., 1996). В отличие от других групп детей, у них часто выявляются заметные нарушения при решении когнитивных или интеллектуальных задач. Например, в процессе выполнения задания на запоминание аутичные дети демонстрируют существенные отклонения по сравнению как с нормальными, так и с умственно отсталыми детьми. У них наблюдается деформация смысловых отношений, однако они способны манипулировать предметами (Scott & Baron-Cohen, 1996). Карпентьери и Морган (Carpentieri & Morgan, 1996) установили, что по сравнению с детьми с задержкой умственного развития, но не страдающими аутизмом, у аутичных детей когнитивные повреждения влекут за собой более сильные нарушения адаптивного поведения. В настоящее время неясно, являются ли часто отмечаемые при аутизме когнитивные нарушения результатом органических повреждений головного мозга или дефицита мотивации. Кегель и Ментис (Koegel & Mentis, 1985) высказали предположение о том, что в некоторой степени такой дефицит вызван различиями в мотивации; они обнаружили, что аутичные дети способны научаться и выполнять задания на более высоком уровне при наличии мотивации и соответствующего подкрепления.

Стереотипность

Многие аутичные дети увлечены необычными предметами и испытывают к ним сильную привязанность, например к камням, электрическим выключателям, негативам фотоснимков или ключам. Во многих случаях этот объект может быть таким большим или странным, что даже простое увлечение им нарушает все остальные виды деятельности. Когда их увлечению каким-либо образом препятствуют, например убирают предмет или пытаются поставить что-нибудь на место, в случае изменения привычной окружающей среды у них могут быть вспышки неистовой ярости или плача, которые продолжаются до тех пор, пока не удастся восстановить привычную ситуацию. Таким образом, об аутичных детях часто говорят, что они «озабочены поддержанием стереотипов». Более того, нередко их считают «негативистами», поскольку они не подчиняются требованиям. Однако данное предположение было поставлено под сомнение рядом исследователей (Volkmar, Hoder & Cohen, 1985). Авторы обнаружили, что в клинических условиях, в тщательно организованной и подкрепляющей ситуации аутичные дети в целом выполняют требования персонала.

Итак, аутичные дети обычно демонстрируют затруднения во взаимоотношениях с окружающими людьми, перцептивно-когнитивной деятельности, развитии языка и чувства идентичности (Wing, 1976). Для них также характерны странные, повторяющиеся действия, восхищение необычными предметами и навязчивая потребность поддерживать постоянство окружающей среды. Несомненно, в целом это представляет набор достаточно серьезных нарушений. Почти две трети аутичных пациентов, повзрослев, останутся на иждивении других людей (Gilbert, 1991).

Причины аутизма

Точная причина или причины аутизма неизвестны. Однако есть доказательства того, что дефектные гены или повреждения от облучения и других факторов в процессе пренатального развития могут сыграть важную роль в этиологии данного расстройства (Abramson et al., 1992; Rutter, 1991b; Waterhouse & Fein, 1997). Исследования риска заболевания аутизмом у сиблингов аутичных детей позволяет высказать предположение о влиянии генетических факторов. При самых благоприятных оценках в семьях, где уже есть один ребенок-аутист, риск того, что сиблинг также будет страдать аутизмом, равен 3–5%. Абсолютное значение этих цифр может показаться не столь уж значительным, однако это приводит к чрезвычайно высокой частоте заболевания аутизмом среди населения.

Исследования близнецов также выявили более высокие показатели конкордантности аутизма у однояйцевых близнецов по сравнению с разнояйцевыми (Bailey, Le Couteur et al., 1995). Результаты исследований семей и близнецов позволяют сделать вывод, что 80–90% риска заболевания аутизмом являются следствием генетических факторов. Возможно, из всех форм психопатологии, рассмотренных в этой книге, именно аутизм в наибольшей степени наследственное заболевание (Rutter, 1991b; Le Couteur, Bailey, Goode, Pickles, Robertson, Gottesman & Rutter, 1996). Тем не менее точный способ генетической передачи данного нарушения еще неизвестен, и, по всей видимости, у родственников также существует повышенный риск развития когнитивных и социальных дефицитов, хотя и в более мягкой форме, чем аутизм (Smalley, 1991). Другими словами, может существовать целый спектр расстройств, связанных с аутизмом.

С этой точки зрения весьма вероятно, что заболевание, которое мы называем аутизмом, включает в себя как множество типов дефицита (Howlin, 1998; Mesibov et al., 1997), так и множество путей развития (Gillberg, 1990). Таким образом, не стоит уповать на то, что в различных исследованных выборках аутичных детей удастся выявить факторы риска, ответственные за все случаи развития аутизма, или более или менее согласующиеся между собой данные. Некоторые исследователи указывают на существование возможного генетического дефекта, хрупкого участка *X*-хромосомы. Они предполагают, что на развитие аутизма оказывает влияние синдром хрупкости *X*-хромосомы (Brown et al., 1986; Tsai & Ghasiuddin, 1992), который наблюдается у 8% аутичных мужчин (Smalley, 1991). Данное предположение подтверждает и тот факт, что у 15–20% мужчин с хрупкой *X*-хромосомой диагностируется аутизм. Тем не менее между синдромом хрупкости *X*-хромосомы и аутизмом существуют качественные различия (Smalley, 1991). При аутизме могут отмечаться и более незначительные конституциональные дефекты. В одной из недавно вышедших статей говорится о связи аутизма с пониженной активностью

эпифиза (Gingell, Parmar & Sungam-Paliwal, 1996). Большинство современных ученых считают, что толчком к развитию аутизма служат некоторые врожденные дефекты, нарушающие перцептивно-когнитивную деятельность ребенка: способность обрабатывать входящие стимулы и строить связную картину мира.

Было высказано предположение о влиянии социокультурных факторов на аутизм. В процессе первых исследований детского аутизма (Kanner, 1943) было установлено, что врожденное расстройство ребенка усугубляется за счет холодного и неотзывчивого поведения матери; первый фактор приводит к уходу из социума, а второй — поддерживает эту изоляцию. Большинство исследователей, однако, не смогли получить подтверждения точки зрения Каннера об «эмоциональной холодности» родителей аутичных детей (Schreibman et al., 1998; Wolff & Morris, 1971). Несомненно, предстоит выяснить еще многие аспекты этиологии детского аутизма. И все же есть основания предполагать, что это расстройство обычно начинается с врожденного дефекта или дефектов функционирования головного мозга, независимо от того, какие каузальные факторы имеют место впоследствии.

Лечение и исход

Прогноз лечения аутизма достаточно неблагоприятный по причине тяжести заболевания людей, которым поставлен такой диагноз. Очень часто не удается достигнуть успеха в борьбе с данным нарушением (Wherry, 1996). Более того, в связи с низкой результативностью традиционных методов при лечении аутичных детей применяются хитроумные и «новаторские» разработки, которые также оказываются неэффективными.

Медикаментозное лечение

Использование лекарственных препаратов для лечения аутичных детей было неэффективным (Rutter, 1985). При лечении аутизма, как правило, использовали галоперидол, антипсихотическое средство (Campbell, 1987), но, исходя из данных о его эффективности, к нему не следует прибегать, прежде чем не будут опробованы все остальные способы контроля за поведением ребенка (Sloman, 1991). Впоследствии стали использовать препарат клонидин (клофелин), гипотензивное средство, которое в некоторой степени уменьшало тяжесть симптомов заболевания (Fankhauser et al., 1992). При наличии раздражимости и агрессивности медикаментозное лечение может включать в себя использование препаратов для снижения уровня агрессии (Fava, 1997; Leventhal, Cook & Lord, 1998). В этом случае не существует абсолютно надежных лекарств, однако достаточно благоприятное действие оказывает кломипрамин. К сожалению, ни один из существующих в настоящее время медицинских препаратов не снимает симптомы аутизма настолько надежно, чтобы рекомендовать его широкое применение. Таким образом, мы должны обратить внимание на различные психологические процедуры, которые оказывают более успешное воздействие при лечении аутичных детей.

Бихевиоральная терапия

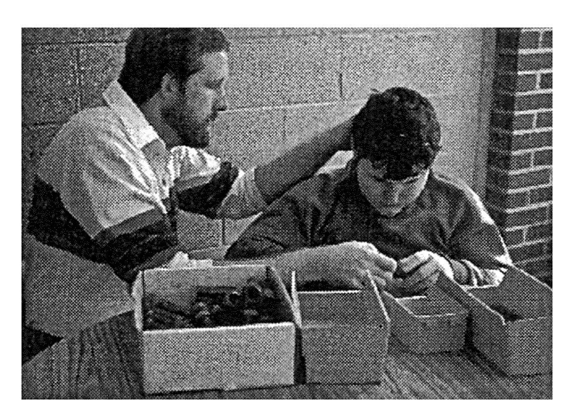
Бихевиоральную терапию в условиях лечебных учреждений успешно использовали для снижения уровня аутоагрессии, выработки основ социального поведения и развития некоторых речевых навыков (Charlop-Christie et al., 1998). Айвар Ловаас

(Lovaas, 1987), один их первых исследователей в области бихевиоральной терапии аутичных детей, отмечал положительные результаты длительной экспериментальной программы лечения детей, страдающих аутизмом. Сорок семь процентов детей, прошедших лечение, достигли нормального уровня интеллектуального функционирования, а еще 40% — уровня слабого умственного отставания. Для сравнения: лишь 2% детей из контрольной группы, не прошедших лечение, достигли нормального функционирования, а 45% дошли до уровня слабой задержки умственного развития. Такие позитивные результаты, однако, потребовали значительных усилий персонала; квалифицированные терапевты работали с каждым ребенком по меньшей мере 40 часов в неделю в течение двух лет. Любопытно, что исследования эффективности поведенческой терапии детей, находящихся в специальном учреждении, показали, что те из них, кто был возвращен к родителям, продемонстрировали дальнейшее улучшение, тогда как остальные, как правило, утрачивали все, что они приобрели в процессе терапии (Lovaas, 1977).

Впечатляющие результаты были получены и в тех случаях, когда лечение аутичных детей происходило на дому, а не в больнице (Mesibov et al., 1997). В контракте о лечении, заключенном с родителями, были указаны желательные изменения в поведении ребенка и подробно описаны методики, которые должны были привести к этим результатам. Такие контракты подчеркивали важность участия родителей как потенциального фактора этих изменений (Huynen, Lutzker et al., 1996). Возможно, самых благоприятных результатов добились Шрейбман и Кегель (Schreibman & Koegel, 1975), которые сообщили об успешном лечении аутизма у 10 из 16 детей. Эти исследователи использовали родителей в качестве терапевтов для подкрепления нормального поведения детей. Они пришли к выводу, что аутизм потенциально — это тот «ужас, от которого можно защититься».

Эффективность лечения

В настоящее время слишком рано оценивать долгосрочную эффективность новых методов лечения. Прогноз для аутичных детей, особенно в тех случаях, когда симптомы проявляются в возрасте до 2 лет, достаточно неутешительный. Как правило, долгосрочные результаты лечения аутизма неблагоприятны. Основное внимание уделялось хорошо функционирующим аутичным детям (тем, которые отвечали критериям аутизма и обладали развитой функциональной речью). Ритво с колле-



Некоторые исследования демонстрируют, что интенсивная поведенческая терапия аутичных детей, требующая от терапевтов и родителей значительных затрат времени и сил, может привести к улучшению, особенно если лечение продолжается дома, а не в специальном заведении.

гами (Ritvo et al., 1988) исследовали 11 родителей, которые, как казалось авторам, отвечали критериям аутизма (они были выявлены благодаря своим детям, страдавшим аутизмом). Эти люди обладали некоторой способностью приспособления к жизни, к выполнению работы и вступлению в брак. Однако излечение аутизма очень часто весьма проблематично.

Одним из важных факторов, ограничивающих успех лечения, являются проблемы аутичных детей, которые существуют в их повседневном поведении и выходят за рамки оказываемой им помощи (Handleman, Gill & Alessandri, 1988). Дети с тяжелой неспособностью к развитию плохо используют приобретенные навыки в различных ситуациях. Следовательно, поведение, приобретенное ими в результате научения в одной ситуации, не может помочь им справиться с другими задачами. Для того чтобы программы обучения и лечения стали успешными, следует обратить внимание именно на этот важный аспект. Изменения в законодательстве, внесенные в 1990 году и касающиеся предоставления услуг детям-инвалидам (Public Law, 101–476), гарантируют всем детям равный доступ к образованию в наименее ограничивающих условиях. Вероятно, в будущем основное внимание будет сосредоточено на интеграции детей школьного возраста, страдающих аутизмом, в традиционную школьную среду.

Исходя из современного уровня знаний, долгосрочный прогноз для большинства детей, страдающих аутизмом, все еще весьма сомнителен. Даже при интенсивном длительном лечении в условиях клиники, которое позволяет существенно улучшить специфическое поведение, детям-аутистам предстоит пройти еще очень долгий путь к окончательному выздоровлению. У некоторых из них существенное улучшение наблюдается в детстве, но с началом полового созревания симптомы опять усиливаются (Gillberg & Schaumann, 1981). Несмотря на наличие ряда примеров несомненного успеха, общий прогноз для аутичных детей остается неутешительным. В дальнейшем менее четверти аутичных детей, получивших лечение, оказываются способными к более или менее полной адаптации.

Заботиться об аутичных детях гораздо сложнее, чем о нормальных детях или детях с задержкой умственного развития (Kasari & Sigman, 1997). Родители детей-аутистов часто оказываются в чрезвычайно фрустрирующей ситуации, пытаясь понять своего ребенка, ежедневно ухаживая за ним, отыскивая возможности его обучения в условиях современной системы здравоохранения и образования. Вопросов здесь существует гораздо больше, чем ответов, и родители часто блуждают в потемках, пытаясь понять потенциальные возможности своих аутичных детей, желая помочь им реализоваться. Аутизму посвящена очень информативная работа «Мир аутичного ребенка» (*The world of the austitic child;* Siegel, 1996). Это ценное руководство, способствующее пониманию и решению проблем образования и лечения детей, страдающих аутизмом. Автор обсуждает возможное влияние ребенка-аутиста на всю семью (родителей и сиблингов), описывает способы решения проблем, включая оказание психологической помощи родителям и сиблингам таких детей. Особую ценность книге придает то, что в ней рассказывается, каким образом родители могут получить необходимые средства для обучения и лечения аутичных детей. У семей, в которых растет ребенок-аутист, возникают иногда проблемы с соседями. Их решение возможно только при участии

родителей ребенка. В последнее время в рамках модели Идена (*Eden Model*) (Holmes, 1998) были предприняты попытки содействия людям, страдающих аутизмом, в течение всей жизни. Специалисты и семьи признают, что человеку, у которого диагностирован аутизм, могут потребоваться различные терапевтические режимы в разные периоды его жизни. В этой связи необходимо структурировать имеющиеся ресурсы таким образом, чтобы они отвечали потребностям аутиста, меняющимся по мере его взросления.

Совершенствование программ помощи детям и подросткам

Обсуждая проблемы детства и подросткового периода, мы отметили широкий спектр методов лечения детей, равно как и значительные различия в его исходе. В конце главы мы обсудим особые факторы, оказывающие влияние на процесс лечения, проблему жестокого обращения с детьми, необходимость защиты прав ребенка для предупреждения негативных условий, препятствующих оптимальному развитию подрастающего поколения.

Особые факторы, связанные с лечением детей и подростков

Было установлено, что психо- и бихевиоральная терапии эффективны не только для взрослых, но также для детей и подростков (Kazdin, 1998; Weisz, Weiss & Donenberg, 1992); при этом лечение, осуществляемое под контролем в клинических условиях, оказывается более эффективным, чем в ситуациях «реальной жизни» (Weiaz, Donenberg et al., 1995). Существуют особые факторы, которые необходимо рассмотреть в связи с лечением детей и подростков.

Неспособность ребенка просить о помощи

Большинство детей с эмоциональными нарушениями не могут сами просить о помощи или самостоятельно ездить в клинику для прохождения курса лечения. В отличие от взрослых, которые обычно сами в состоянии обратиться за помощью, ребенок зависит главным образом от родителей. Взрослые должны прийти к решению, когда их ребенок нуждается в помощи специалиста, проявить инициативу, чтобы организовать условия для лечения. Однако иногда родители пренебрегают своим долгом. Плоткин (Plotkin, 1981) писал: «Родители традиционно обладали правом решения, насколько необходимо оказание медицинской помощи их детям. В тех ситуациях, когда интересы родителей и ребенка расходились, это правило выливалось в тяжелые последствия и ставило специалистов в затруднительное положение» (p. 121).

Закон определяет четыре области, в которых допустимо оказание помощи без согласия родителей: 1) в случае зрелых несовершеннолетних (к ним относятся те, кто в состоянии принимать решения относительно самих себя); 2) в случае эмансипированных несовершеннолетних (живущих отдельно от родителей); 3) в экстренных ситуациях; 4) оказание помощи по решению суда. Несомненно, многие дети привлекают внимание органов, оказывающих помощь, из-за прогулов школьных занятий, делинквентных поступков и злоупотреблений со стороны родителей.

Ранимость, повышающая риск развития эмоциональных проблем у детей

Во многих семьях вокруг растущих детей складывается нежелательная обстановка (Ammerman et al., 1998). Исследования показали, что примерно четверть американских детей живет в домах, не соответствующих жилищным и санитарным нормам, а 7,6% американской молодежи по крайней мере одну ночь провели в убежищах, общественных местах или заброшенных зданиях (Ringwalt, Greene et al., 1998). Установлено, что разрушительный детский опыт является фактором риска для многих проблем взрослых. Например, недавнее эпидемиологическое исследование (Susser, Moore & Link, 1993) выявило, что 23% мужчин в Нью-Йорке, недавно ставших бездомными, заявляют о том, что в детском возрасте воспитывались вне дома. В другой работе (Caudill et al., 1994) сообщалось, что у людей, родители которых злоупотребляли алкоголем или наркотическими веществами, вероятность развития асоциальных личностных расстройств в 2 раза выше.

Дети, выросшие в проблемных семьях, находятся в проигрышном положении. Они лишены не только благоприятного влияния среды (Crouch & Milner, 1993), но и родителей, которые могли бы осознать их потребность в помощи, активно искали ее и участвовали в программах лечения. Неадекватные или невнимательные родители могут пропустить серьезные признаки развития эмоциональных проблем. Необходимо распознавать и принимать во внимание поведение и ситуации, связанные с повышенным риском (Harrington & Clark, 1998). Например, многие действия (вовлечение в сексуальные отношения, употребление алкоголя или наркотиков, делинквентное поведение) значительно повышают риск развития у детей и подростков эмоциональных проблем в период взрослости. Более того, некоторые события, которые могут «случиться» с молодыми людьми: физическое или сексуальное насилие, развод родителей, семейные конфликты и потеря жилья, приводят к существенному повышению риска развития у них в дальнейшем эмоциональных расстройств и неадаптивного поведения. Так, было установлено (Dodge, Lochman et al., 1997), что дети из семей, где применялись жесткая дисциплина и физическое насилие, более агрессивны и склонны к нарушениям поведения, чем те, которые выросли в благоприятных условиях.

Родители, которые нуждаются в лечении наряду с детьми

Поскольку многие нарушения поведения, специфичные для детей, по-видимому, являются следствием негативных взаимоотношений в семье, очень часто родители нуждаются в помощи столь же сильно, как и дети. В некоторых случаях, например при жестоком обращении с ребенком, программа лечения может быть направлена исключительно на родителей.

В настоящее время лечение детей нередко сочетается с семейной терапией, когда один или оба родителя вместе с ребенком и сиблингами могут принимать участие во всех этапах программы (см. справки 14.4 и 14.5, где обсуждаются подходы к лечению детей и подростков). Многие терапевты столкнулись с тем, что отцов детей гораздо труднее привлечь к этому процессу. В случае, когда оба родителя работают или отвергают своего больного ребенка, такое лечение проводить крайне сложно (Gaudin, 1993), особенно в бедных семьях, испытывающих недостаток денежных и транспортных средств. Таким образом, факторы, связанные с экономи-

ческим положением семьи и родительской заботой, определяют, получат ли дети с эмоциональными расстройствами необходимую помощь.

Родители как участники процесса лечения

Родителей обучают методикам, позволяющим оказать им помощь своему ребенку. Обычно при таком обучении основное внимание уделяют тому, чтобы родители смогли понять расстройство поведения своего ребенка. Они должны научиться подкреплять его адаптивное поведение, отказываясь при этом от подкрепления нежелательного. Родители, заботящиеся о своих детях и искренне желающие помочь им, достигают впечатляющих результатов (Forehand, 1993; Webster-Stratton, 1991). Было описано множество препятствий к участию родителей в лечении, которые приводили к отказу от терапии (Kazdin, Holland & Crowley, 1997). К преждевременному окончанию лечения приводили такие факторы, как неблагоприятная среда проживания, асоциальное поведение родителей или переживание ими сильного стресса.

СПРАВКА 14.4

Семейная терапия как средство помощи детям

В силу многих причин психотерапевтическое вмешательство в случаях столкновения детей с психологическими проблемами зачастую становится более сложным процессом, чем терапия взрослых. Источник проблем ребенка и способы изменения его поведения нередко находятся за пределами власти ребенка; они таятся в сложных семейных взаимоотношениях. Чтобы решить проблемы ребенка, необходимо изменить те патологические паттерны семейных взаимоотношений, которые порождают или питают его поведение, например лечить всю семью как группу (Sandberg, Johnson et al., 1997).

Существует несколько подходов в семейной терапии (Minuchin, 1974; Patterson et al., 1991). Они различаются по нескольким важным аспектам: например, в определении того, что входит в понятие «семья» (включает ли она непрямых родственников); на чем будет сфокусирован процесс лечения (на коммуникации между членами семьи или аберрантном поведении одного из них); какие методы используются при лечении (анализ и интерпретация скрытых сообщений в процессе семейной коммуникации или изменение вероятности вознаграждения и наказания посредством оценки и подкрепления поведения). Независимо от этих различий в любом случае исходят из того, что проблемы ребенка, по крайней мере частично, проистекают из патологических паттернов взаимодействия внутри семьи, и пытаются вызвать положительные изменения у ее членов посредством анализа и модификации девиантных семейных паттернов (Carr, 1997). Насколько эффективно семейная терапия улучшает разрушенные семейные взаимоотношения и создает более позитивную атмосферу для ребенка? Сравнительный анализ результатов семейной терапии (Hazelrigg, Cooper & Borduin, 1987) показал, что она оказывает большее положительное воздействие на ребенка по сравнению с контрольной выборкой, не получившей лечения, и альтернативными терапевтическими подходами, например индивидуальной терапией. Проведенный недавно метаанализ, включавший в себя результаты 163 терапевтических случаев (Shadish et al., 1993) показал, что в среднем у клиентов после окончания психотерапии состояние улучшалось на 70% по сравнению с теми, кто не получал помощи. Авторы пришли к заключению, что исследование результатов лечения неопровержимо говорит об эффективности семейной терапии.

Проблема изъятия ребенка из семьи

У большинства общин есть специальные учреждения для несовершеннолетних, которые днем и ночью готовы предоставить убежище и опеку юным жертвам семейных неурядиц, брошенным, подвергавшимся жестокому обращению, пренебрежению или оказавшимся в иной тяжелой ситуации. В зависимости от домашних условий и специфических потребностей ребенка впоследствии его могут вернуть родителям или поместить в другое место. В последнем случае обычно используются четыре варианта: 1) детские дома; 2) частные заведения для детей; 3) заведения округа или штата и 4) семьи родственников. Более полумиллиона детей постоянно проживают в подобных заведениях.

Будут ли решены проблемы ребенка или они лишь усугубятся, определяется во многом качеством его новых условий проживания. Производится тщательный отбор нового местожительства ребенка, а ситуация контролируется посредством серии последующих посещений, однако встречается слишком много сообщений о злоупотреблениях по отношению к детям в их новых семьях. В случаях жестокого обращения с детьми, невнимательного отношения к ребенку или наличия у него серьезных проблем, с которыми родители не в состоянии справиться, часто считали

СПРАВКА 14.5

Использование игровой терапии для решения психологических проблем

Даже в случае, когда проблемы ребенка требуют специфического терапевтического вмешательства, у него самого может отсутствовать мотивация к терапии или его вербальные навыки оказываются недостаточно развитыми, поэтому применение психотерапевтических методов, практикуемых со взрослыми, не представляется возможным. Следовательно, эффективное психологическое лечение детей может включать индивидуальный подход при использовании терапевтических методов, либо их индивидуальная психотерапия должна носить менее навязчивый характер и осуществляться более знакомым для них способом: в виде игровой терапии (Sperling, 1997).

Как метод лечения, игровая терапия возникла как результат попытки применения психодинамической терапии по отношению к детям. Они не в состоянии говорить о своих проблемах так, как это делают взрослые в силу того, что у них еще не развита потребность самопознания. Это в значительной мере ограничивает применение методов традиционной психодинамической терапии при работе с ними. Дети, как правило, ориентированы на настоящее. Они лишены способности к инсайту и тщательной самопроверки, которых требует терапия. Они воспринимают терапевта иначе, чем взрослые, и могут исходить из нереальной веры в то, что он способен волшебным образом изменить окружающий мир (Wenar, 1990).

Играя, дети часто прямо и непосредственно выражают свои чувства, страхи и эмоции, что дает клиницисту ясную картину проблем и чувств ребенка. Игровая активность может стать ценным источником для получения информации о личности и проблеме ребенка, особенно если на сессиях учитывается уровень его развития (Lewis, 1997).

На сеансе игровой терапии терапевт должен наметить структуру занятия или руководить игровой деятельностью для того, чтобы ребенок смог выразить соответствующие чувства. Поэтому терапевт может задавать прямые вопросы ребенку во время сессии: «А сейчас кукла

единственным правильным решением в этом случае изъятие ребенка из семьи и нахождение временной замены родному дому. Родной дом казался неподходящим местом для ребенка, поэтому предполагалось, что надо создать условия для его проживания в другой семье или детском учреждении. Однако когда детей забирают из их родных семей и помещают в какое-либо заведение (где сразу пытаются изменить их) или в приемные семьи, они чувствуют себя отверженными своими собственными родителями, нежеланными для новых воспитателей, оторванными от своих корней, лишенными безопасности, одинокими.

Поэтому сегодня все сильнее выражены тенденции к постоянному планированию работы с данной категорией детей. Во-первых, делается все возможное, чтобы сохранить семью, оказать родителям необходимую поддержку и руководство для того, чтобы они могли лучше справляться с родительскими обязанностями. Если это не представляется возможным, то усилия направляются на организацию процедуры усыновления ребенка в законном порядке и поиск приемных родителей. Несомненно, это подразумевает, что общественные учреждения нуждаются в специально обученном персонале, способном решать проблемы такого рода, и доступе к ресурсам, которые могут понадобиться этим организациям или их клиентам.

счастлива?» или «Что заставляет куклу плакать?». Помимо использования игровой активности как средства для понимания проблем, тревожащих ребенка, с ее помощью создается среда для изменения его поведения. Главный процесс игровой терапии заключается в том, что терапевт посредством интерпретаций, оказывающих эмоциональную поддержку, и выяснения чувств (нередко озвучивая их) создает у ребенка положительный эмоциональный опыт. То есть терапевт предлагает ребенку принимающие и доверительные отношения, что способствует развитию более здоровых личности и отношений. Предлагаемые терапевтом ситуации помогают ребенку вновь пережить конфликт или проблему в безопасных условиях терапии, что позволяет ему победить свои страхи, привыкнуть к неизбежным изменениям в жизни или приобрести чувство безопасности вместо тревоги и неопределенности.

Насколько эффективна игровая терапия для решения проблем ребенка и лучшей его адаптации? По сравнению с результатами лечения взрослых игровая терапия оказывает достаточно благоприятное воздействие. Кейси и Берман (Casey & Berman, 1985) провели тщательное исследование результатов лечения детей и пришли к выводу, что оно «по-видимому, сопоставимо по эффективности с психотерапией взрослых» (р. 395). Было установлено, что игровая терапия так же эффективна, как и другие способы лечения, например бихевиоральная терапия. В ходе недавно проведенного исследования, где игровая терапия была составной частью 8-недельной программы лечения расстройств поведения у детей, было продемонстрировано значительное улучшение их состояния на протяжении двух лет после окончания терапии (McDonald, Bellingham et al., 1997).



Как показывают сеансы игровой терапии, зачастую в игре дети выражают свои чувства более непосредственно, чем при помощи слов.

Ценность вмешательства до того, как проблемы приобретут острый характер

На протяжении более чем 20 последних лет интересы многих исследователей и клиницистов были направлены главным образом на то, чтобы идентифицировать детей, находящихся в группе повышенного риска, и оказать им помощь как можно раньше (Athey, O'Malley et al., 1997). Вместо того чтобы ждать, когда у таких детей разовьются острые психологические проблемы, которые могут потребовать терапии или серьезных изменений их жизненного уклада, психологи пытаются определить ситуации, провоцирующие или усиливающие нарушения поведения у ребенка, для принятия мер, предупреждающих развитие у него серьезных нарушений (Ciccetti & Toth, 1988). Пример такого подхода дан в работе Стила и Форхэнда (Steele & Forehand, 1997). Авторы установили, что дети родителей, страдающих хроническими заболеваниями (у отцов была гемофилия, многие были ВИЧ-инфицированными), подвержены развитию психических проблем и реакции избегания, особенно при наличии слабых взаимоотношений между ними и взрослыми. Данные симптомы у ребенка ассоциировались с депрессией родителя. Авторы пришли к выводу, что клиницисты могут ослабить влияние хронического заболевания родителя, укрепляя взаимоотношения взрослых с их детьми, уменьшая частоту использования реакций избегания у ребенка.

Как было описано в главе 4, еще один тип раннего вмешательства был разработан для случаев травматического опыта детей, связанного с такими чрезвычайными происшествиями, как ураган, авария, захват в заложники или военные действия. Дети и подростки часто нуждаются в серьезной поддержке и внимании для того, чтобы справиться с травматическими событиями, которые слишком часто случаются в современном мире. Для помощи жертвам предлагается использование индивидуальной терапии и терапии малых групп (Gillis, 1993). Программы поддержки можно осуществлять на базе школ (Klingman, 1993). С целью уменьшения посттравматических симптомов и предупреждения проблем долговременной дезадаптации возможно использование программ в рамках общины (см. обсуждение методов вмешательства при кризисах в главе 18).

Такое раннее вмешательство преследует двойную цель: уменьшает стресс в жизни ребенка и усиливает механизмы, позволяющие ему справиться с ситуацией. В случае успеха оно может существенно уменьшить количество и интенсивность проблем в дальнейшем, предотвращая, таким образом, нежелательные ситуации, с которыми приходится сталкиваться как отдельным людям, так и обществу в целом. Очевидно, что потребности ребенка в помощи можно удовлетворить только при наличии условий для профилактики и лечения проблем поведения. Кроме того, помощь должна быть доступной для всех детей, нуждающихся в ней. В следующем разделе мы рассмотрим проблему жестокого обращения с детьми, приобретающую все большее значение для исследователей и практикующих специалистов, которые хотят знать причины этого явления и способы его предупреждения.

Жестокое обращение с детьми

Живя в современном обществе, мы скорбим по поводу того, что в прошлом с детьми часто обращались жестоко. Сегодня общество нацелено на идеалы доброго и мягкого обращения с детьми. Несомненно, что будущее нашего общества зависит от соответствующей заботы о подрастающем поколении. Однако эти великие цели

не реализуются на практике, поскольку количество случаев жестокого обращения с детьми в Соединенных Штатах непрерывно растет, что вызывает откровенную тревогу (Lung & Daro, 1996). Недавно проведенный в США опрос детей о фактах жестокого обращения с ними показал, что в 1995 году количество таких случаев выросло на 1,7%. Таким образом, общее число происшествий достигло 3,1 млн в год. Согласно статистическим данным, в результате жестокого обращения в 1995 году были убиты 1215 детей (National Committee to prevent child abuse, 1996). Чрезмерное употребление алкоголя или наркотиков членами семьи повышает риск насильственной смерти дома (Rivera, Mueller et al., 1997). Практика показывает, что мальчики чаще, чем девочки, подвергаются физическому насилию. Как правило, не вызывает сомнений тот факт, что многие дети, попадающие за различные злоупотребления в сферу внимания правоохранительных органов, ранее сами подвергались жестокому обращению. Более того, поскольку процент людей, подвергавшихся жестокому обращению в детском возрасте, достоверно выше среди пациентов психиатрических лечебниц, можно предположить, что насилие над ребенком провоцирует развитие у него тяжелой психопатологии (Read, 1997).

В нашем обществе не осознавали серьезность проблемы жестокого обращения с детьми вплоть до 1960-х годов, когда одно за другим стали появляться описания происшествий, подобных следующим.

Разбор случая: два случая жестокого обращения с детьми. Мать 2,5-летнего мальчика, имевшего проблемное поведение, била его тростью и рукояткой от отвертки, кидала на пол, била головой о стенку, душила, чтобы он открывал рот во время еды, обжигала лицо и руки ребенка. Сильно избив мальчика, мать обнаружила, что он мертв.

Поскольку девочка в возрасте 2,5 года не могла научиться пользоваться туалетом, ее мать пришла в ярость. В припадке гнева на неспособность дочери контролировать кишечник, она сделала ей клизму с почти кипящей водой. Чтобы спасти жизнь ребенка, врач был вынужден сделать колостомию[1] (Earl, 1965).

У многих детей, подвергающихся жестокому обращению, нарушены когнитивные способности и память по сравнению с контрольной группой (Friedrich, Einbender & Luecke, 1983). Кроме того, у них часто возникает проблема социальной адаптации. Такие дети склонны считать, что исход событий определяется внешними факторами и не зависит от их действий (Kinzl & Biebl, 1992; Toth, Manly & Cicchetti, 1992). Для них свойственно проявление симптомов депрессии (Bushnell, Wells & Oakley-Browne, 1992; Emery & Laumann-Billings, 1998). В результате дети, подвергающиеся жестокому обращению, гораздо меньше склонны отвечать за свое поведение. В целом они демонстрируют более низкую способность к эмпатии по сравнению с детьми из контрольной группы. Жестокое обращение с ребенком и пренебрежение к нему могут послужить толчком к цепи насилия. Оно также провоцирует у него делинквентное и криминальное поведение в последующие периоды жизни. Долгосрочное исследование 908 людей, подвергавшихся в детском возрасте жестокому обращению (Maxfield & Widom, 1996), показало, что в этой группе уровень арестов, не связанных с дорожно-транспортными происшествиями, значительно выше, чем в контрольной выборке, члены которой не подвергались жестокому обращению.

[1] Колостомия — наложение свища на ободочную кишку. — *Прим. перев.*

Дети, столкнувшиеся с жестоким обращением, как правило, гораздо чаще проявляют саморазрушительное поведение, чем дети, растущие в благоприятных условиях. Дети, перенесшие физическое насилие, став родителями, более склонны к жестокому обращению со своими собственными детьми (Malinosky-Rummel & Hansen, 1993). Было установлено, что виктимизация в детском возрасте достоверно связана с ростом симптомов асоциального личностного расстройства (Luntz & Widom, 1994) и психоза (Read, 1997) на протяжении всей жизни.

Сексуальные злоупотребления

Когда жестокое обращение включает в себя сексуальный компонент, например инцест или изнасилование, это влечет за собой целый спектр глубоких последствий (Kendall-Tackett et al., 1993). Недавно проведенный анализ поставил под сомнение влияние сексуальных злоупотреблений на развитие ребенка (Rind et al., 1998), однако некоторые исследователи считают, что люди, ставшие жертвой сексуальных злоупотреблений, позднее чаще имеют проблемы с употреблением алкоголя и наркотиков (Hernandez, 1992). Примерно 2–5% мужчин среди взрослого населения были жертвами сексуальных злоупотреблений в детстве, что часто выливается в негативные последствия, отмечающиеся на протяжении всей их жизни: сексуальные проблемы (эксгибиционизм, гомофобное поведение, депрессия, тревожность). Нередко у них наблюдается тенденция к повторению пережитого ими опыта уже во взрослом состоянии (Watkins & Bentovim, 1992). Джексон с коллегами (Jackson et al., 1990) установили, что женщины, ставшие жертвой сексуальных злоупотреблений в семье, демонстрируют гораздо худшую социальную адаптацию, особенно при взаимоотношениях с мужчинами. По сравнению с женщинами из контрольной группы они сообщают о значительно более низком уровне сексуального удовлетворения, более частых сексуальных дисфункциях и пониженной самооценке. Взрослые, ставшие в детстве жертвами сексуальных злоупотреблений, могут демонстрировать серьезные психологические симптомы, например тенденцию к слишком частому использованию диссоциативных защитных механизмов, излишнюю озабоченность телесными функциями и пониженную самооценку (Nash et al., 1993), а также стремление к разобщенности как способу преодоления стресса во взрослой жизни (Coffey, Leitenberg et al., 1996).

Роль сексуальных злоупотреблений в возникновении психологических проблем недавно стала предметом нескольких лонгитюдных исследований. Многие исследователи проследили за судьбой детей, ставших жертвами сексуальных злоупотреблений, с целью изучения долгосрочного влияния подобных действий на поведение жертвы. Выраженные психологические симптомы сразу после инцидента развивались у большого числа (74%) потерпевших (Bentovim, Boston & Van Elburg, 1987). Однако впоследствии у них отмечалось резкое улучшение состояния. В других работах также по прошествии времени фиксировалось существенное улучшение самочувствия жертв сексуальных злоупотреблений (Bentovim et al., 1987; Conte, Berliner & Schuerman, 1986). В одной из работ было установлено, что у 55% жертв наблюдалось значительное улучшение спустя 18 месяцев после происшествия; особенно это касалось проблем со сном, страха перед преступниками и тревожности. Однако у 28% пострадавших поведение ухудшилось (Gomes-Schwartz, Horowitz & Cardarelli, 1990).

Некоторые исследователи считают симптомы сексуального злоупотребления формой посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), поскольку наблюдаемые симптомы сходны; например ночные кошмары, возвращения к прошлому, проблемы со сном, чувство отчужденности (Donaldson & Gardner, 1985) и симптомы ПТСР тесно связаны со злоупотреблениями (Koltek, Wilke & Atkinson, 1998). Однако другие авторы (например, Finkelhor, 1990) возражают против такого объяснения и утверждают, что, считая эти симптомы проявлением ПТСР, мы «упустим многие самые серьезные последствия» пережитого сексуального злоупотребления, например длительную депрессию или тревожность (р. 329).

Причины жестокого обращения с детьми

Начиная с 1960-х годов исследователи уделяли значительное внимание проблеме выявления родителей, жестоко обращающихся со своими детьми, и поиску ответа на вопрос: почему они это делают? Они надеялись таким образом прекратить жестокое обращение родителей со своими детьми или, если возможно, предупредить его. Несомненно, что в большинстве случаев не удается найти одну-единственную причину жестокого обращения с ребенком. Как отмечал Джей Белски (Belsky, 1993): «Не существует одной-единственной дороги к подобным нарушениям исполнения родительских обязанностей; скорее всего, жестокое обращение наблюдается в тех случаях, когда стресс перевешивает помощь, а факторы риска — защитные факторы» (р. 427). В настоящее время мы знаем, что существует множество путей к жестокому обращению с детьми (Emery & Laumann-Billings, 1998). Родители, допускающие физическую жестокость по отношению к своим детям, как правило, моложе 30 лет. В большинстве случаев они происходят из низшего социально-экономического класса (Petersen & Brown, 1994). Важным общим фактором в семьях, где родители жестоко обращаются с детьми, является высокий уровень фрустрации; в их жизни присутствует множество стрессовых факторов: супружеские разногласия, высокий показатель безработицы и злоупотребление алкоголем (Cicchetti & Toth, 1998). Недавно полученные факты позволяют предположить, что высокий уровень стресса у людей, заботящихся о ребенке, играет важную роль в проявлении жестокого обращения, пренебрежении им (Hillson & Kuiper, 1994). Многие случаи физического насилия представляют собой реакцию родителей на отклонения в поведении ребенка, касающиеся драк, сексуального поведения, агрессии (Herrenkohl, Herrenkohl & Egolf, 1983). Не существует ясного и однозначного паттерна личности типичных родителей, склонных к жестокому обращению с детьми, однако известно, что они демонстрируют уровень психологических нарушений выше среднего (Serrano et al., 1979). Некоторые результаты личностного тестирования говорят о том, что такие родители, как правило, агрессивны, нонконформисты, эгоистичны и не могут надлежащим образом контролировать свои импульсы (Lund, 1975).

Предупреждение жестокого обращения с детьми

Из-за сложности вопросов, связанных с жестоким обращением и пренебрежением детьми, вмешательство следует производить на многих уровнях: индивидуальном, семейном и общинном (Becker, Alpert et al., 1995). Специалисты и органы защиты детей предпринимают попытки снижения числа подобных случаев и последствий жестокого обращения. Эти усилия включали в себя следующие мероприятия.

1. Были разработаны общинные образовательные программы, ставящие перед собой цель ознакомления широкой общественности с этой проблемой. Телевизионная реклама оказалась особенно эффективной и привлекла внимание общества к фактам жестокого обращения с детьми.
2. Многие социальные организации округов и штатов создали группы по защите детей, в задачу которых входило расследование всех известных случаев жестокого обращения с детьми и организация необходимого вмешательства.
3. Группы специалистов по психическому здоровью во многих общинных центрах психического здравоохранения работают для того, чтобы оказать психологическую помощь как детям, подвергшимся жестокому обращению, так и их родителям.
4. Сформированы группы поддержки родителей, нередко состоящие из тех людей, кто в прошлом сам жестоко обращался со своим ребенком. Они могут предложить родителям, жестоко обращающимся с детьми или находящимся на грани этого, альтернативные способы общения с ними. Во всех штатах врачи и другие специалисты обязаны сообщать обо всех известных им случаях жестокого обращения с детьми.

Одна из самых эффективных стратегий прекращения и уменьшения жестокого обращения с детьми включает в себя работу с родителями и обучение их методам, позволяющим значительно улучшить воспитательные навыки (Wolfe & Wekerle, 1993). Весьма многообещающим оказалось исследование, посвященное раннему вмешательству в случае, когда родителей идентифицировали как склонных к жестокому обращению с детьми. Вольфе с коллегами (Wolfe et al., 1988) идентифицировали женщин, которые находились в группе повышенного риска в отношении жестокого обращения со своими детьми. Они случайным образом разделили этих матерей на экспериментальную и контрольную группы. Помощь заключалась в обучении родителей поведению, которое позволило выработать им навыки управления ребенком, советах по уходу за детьми, моделировании ситуаций, дополнительных инструкциях по даче четких недвусмысленных указаний и использованию «тайм-аута» в качестве наказания. Это исследование показало, что такое раннее вмешательство снижает риск жестокого обращения с детьми у матерей, прошедших терапию. Благодаря таким усилиям, предпринимаемым в разных направлениях, есть надежда на то, что детей удастся уберечь от жестокого обращения, а родителям, замеченным или потенциально склонным к этому, будет оказана помощь, которая позволит стать им более заботливыми и успешнее справляться с родительскими обязанностями.

К сожалению, жестокое обращение слишком часто приводит к неадаптивному социальному поведению у детей. Лечение детей, подвергшихся жестокому обращению, должно быть направлено на решение типичных для них проблем: улучшение социальной адаптации, снижение депрессии, совершенствование межличностных взаимодействий. Весьма интересен терапевтический подход, направленный на уменьшение негативных последствий жестокого обращения с детьми, когда специалисты привлекают сверстников ребенка, ставшего жертвой жестокого обращения, для оказания ему помощи и преодоления его изоляции, развития у него социальных навыков. Фантуццо с коллегами (Fantuzzo et al., 1988) обучали группы сверстников

разговаривать с детьми, ставшими жертвами жестокого обращения. Они установили, что инициативы сверстников гораздо сильнее, чем инициативы взрослых, усиливают социальное взаимодействие замкнутых детей. Для того чтобы такие дети смогли преодолеть психологическое воздействие жестокого обращения, необходимы дальнейшие усилия по их реабилитации.

Программы защиты детей

Сейчас в Соединенных Штатах проживают более 63 млн людей младше 18 лет (Bureau of the Census, 1995). К сожалению, с помощью программ помощи и профилактики невозможно справиться со всеми психологическими проблемами, с которыми сталкиваются дети и подростки. В 1989 году Генеральная Ассамблея ООН приняла Конвенцию о правах ребенка, которая подробно определяет права детей в политической, экономической, социальной и культурной областях. Это международное признание прав ребенка потенциально способно оказать значительное влияние на гуманизацию обращения с детьми (Wilcox & Naimark, 1991).

В Соединенных Штатах в последние годы большое значение приобрело одно из направлений в области психического здравоохранения — защита психического здоровья детей. Важной задачей программы защиты является оказание помощи как детям, так и взрослым в получении услуг, в которых они нуждаются, но зачастую не могут добиться. В некоторых случаях программы защиты стремятся улучшить условия для своих клиентов, изменяя саму систему организации помощи (McLoyd, 1998; Ramey & Ramey, 1998).

За последние годы федеральное правительство дважды создавало Национальный центр защиты детей для координации работы, направленной на повышение их благосостояния и осуществляемой различными правительственными учреждениями. В обоих случаях новая

Организации, в обязанности которых входит защита детей, часто настолько перегружены работой и раздроблены, что дети, которых они контролируют и защищают, постоянно становятся жертвами жестокого обращения. Именно это произошло в случае Элизы Искуэрдо, маленькой девочки, которая на протяжении многих лет подвергалась жестокому обращению со стороны своей матери.

организация доказывала свою неэффективность и прекращала деятельность примерно через год. В настоящее время раздробленность детских служб означает, что различные учреждения обслуживают разные потребности; не существует никакой правительственной организации, в обязанности которой входила бы забота о ребенке и планирование всесторонней помощи детям, нуждающимся в ней.

Кроме деятельности федерального правительства, вплоть до недавнего времени все усилия по защите детей осуществлялись на уровне официальных групп заинтересованных граждан, например Фонда защиты детей, общественной организации, расположенной в Вашингтоне. Как правило, специалисты в области психического здоровья не принимали участия в этой работе. Однако сегодня попытки создания действенных программ защиты детей влекут за собой укрепление междисциплинарных связей (Gentry & Eron, 1993; Hermalin & Morell, 1986).

Хотя эти программы на местном уровне значительно улучшают условия для детей — психических инвалидов, в целом в деле защиты детства все еще существует много неразберихи, разногласий и неопределенности (Levine & Perkins, 1987). До сих пор существует необходимость улучшения отчетности служб по оказанию психологической помощи детям (Burchard & Schafer, 1992). Кроме того, политика на федеральном уровне и в отдельных штатах привела к урезанию фондов, выделяемых на социальные нужды. Были сделаны важные начальные шаги в работе по защите от жестокого обращения, предприняты усилия по идентификации детей из групп повышенного риска и оказанию им помощи (National advisory mental health council, 1990). В случае если удастся сохранить направленность и объем работы в этой области, получить необходимую финансовую поддержку, можно будет значительно улучшить психологическую среду, окружающую детей.

Нерешенные проблемы:

Может ли общество справиться с делинквентным поведением?

Одной из самых тревожных и насущных проблем детей и подростков является делинквентное поведение. Оно включает в себя нанесение урона имуществу, насильственные действия против окружающих, различные формы поведения, противоречащие потребностям других людей и нарушающие их права, а также несоблюдение законов, принятых в обществе. В юриспруденции существует термин «делинквентность несовершеннолетних»; он определяет противоправные действия, совершенные лицами, не достигшими (в зависимости от законов штата) 16, 17 или 18 лет. Согласно *DSM-IV*, делинквентность не заболевание. Детей младше 8 лет, совершивших преступление, не относят к делинквентам, поскольку считается, что они слишком малы для того, чтобы понять значение и последствия своих действий. С точки зрения закона делинквентность требует применения наказания или каких-либо исправительных мер.

Реальный уровень распространенности делинквентности несовершеннолетних трудно определить, поскольку о многих делинквентных поступках не сообщают. Однако существующие данные настораживают.

- Из 2 млн молодых людей, ежегодно проходящих через американские суды по делам несовершеннолетних, примерно 1,5 млн. совершили делинквентные

поступки, а остальные были виновны в статусных правонарушениях, например побеге из дома, которые не считаются преступлениями для взрослых. В Соединенных Штатах примерно один из 15 тинейджеров подвергался аресту. У более чем половины несовершеннолетних, арестованных в течение года, ранее были приводы в полицию (Federal Bureau of Investigation, 1995).

- В 1995 году в исправительных учреждениях Соединенных Штатов содержались 68910 несовершеннолетних делинквентов и 1785 статусных правонарушителей.
- Основную часть преступлений несовершеннолетних совершают юноши, однако наблюдается рост показателей преступности и у девушек. Женская делинквентность обычно выражается в употреблении наркотиков, сексуальных правонарушениях, побегах из дома. Кроме того, за последнее время значительно выросли показатели таких имущественных преступлений, как воровство.
- Юноши-делинквенты обычно задерживаются органами правопорядка за употребление наркотиков и имущественные преступления; реже они попадают под арест за вооруженное ограбление, разбойное нападение и другие асоциальные действия, направленные против личности.
- Показатели распространенности и тяжести делинквентного поведения непропорционально высоки для подростков из низшего класса. Следует отметить, что показатели делинквентности среди социально обездоленных молодых людей примерно равны для представителей белого населения и национальных меньшинств (Federal Bureau of Investigation, 1995).

Лишь незначительная группа «постоянных» делинквентов эволюционирует от оппозиционного девиантного поведения к поведенческим расстройствам, а затем к взрослой асоциальной личности; у большинства людей, совершивших делинквентные поступки в подростковом возрасте, эта тенденция не прослеживается (Moffitt, 1993a). Полагают, что индивиды, продемонстрировавшие делинквентное поведение лишь в подростковом возрасте, поступали так в результате социальной мимикрии: они подражали своим более асоциальным сверстникам. Однако они прекратили такое поведение после того, как начали реагировать на другие факторы своего окружения. По мере взросления они утратили мотивацию к делинквентным поступкам и стали получать вознаграждение в своей среде за социально приемлемое поведение. Агрессивные или насильственные действия, которые можно отнести к делинквентным, не всегда являются продолжением агрессивности в раннем возрасте. В некоторых случаях у подростков старшего возраста отмечается насильственное поведение, не предваряемое какими-либо предшествующими поступками (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Возможно, что в генезисе делинквентности ключевую роль играют несколько переменных: индивидуальная патология, патогенный семейный паттерн и нежелательные отношения со сверстниками.

Индивидуальная патология как причина делинквентности

Многие исследователи пытались понять делинквентность при помощи изучения распространенности паттернов и причин индивидуальной патологии.

Генетические детерминанты. Исследования генетических детерминант асоциального поведения далеки от завершения. Однако существует ряд фактов, позво-

ляющих предположить вероятность вклада наследственности в преступность. Так, Шульзингер (Schulsinger, 1980) идентифицировал 57 датских приемных детей-социопатов на основании психиатрических и полицейских досье и подобрал контрольную группу из 57 приемных детей, не склонных к социопатии. Члены контрольной группы были сопоставимы по возрасту, полу, социальному классу, географическому региону и возрасту усыновления с детьми экспериментальной группы. Он обнаружил, что биологические родители приемных социопатов, главным образом отцы, в большей степени обладали социопатическими чертами, чем биологические родители приемных детей из контрольной группы. В этом случае биологические родители мало контактировали со своими детьми, что уменьшало вероятность воздействия на них окружающей среды. В результате Шульзингер пришел к выводу о возможной генетической передаче предрасположенности к асоциальному поведению.

Повреждение мозга и неспособность к научению. В подавляющем меньшинстве случаев делинквентности (1% и менее) патология головного мозга приводила к ослаблению контроля и появлению вспышек насильственного поведения. Такие подростки часто гиперактивны, импульсивны и эмоционально нестабильны, они не в состоянии остановиться при наличии сильной стимуляции. Однако, по всей видимости, их внутренний контроль улучшается в старшем подростковом и юношеском возрасте. Роль интеллектуальных факторов, особенно неспособности к научению, в развитии делинквентности несовершеннолетних находится в стадии обсуждения (Lombardo & Lombardo, 1991; Lynam, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1993).

Психологические расстройства. По всей видимости, незначительная часть делинквентных поступков обусловлена непосредственно такими расстройствами поведения, как гиперактивность (Loeber & Farrington, 1998). Делинквентные акты, связанные с психотическим поведением, часто демонстрируют паттерн длительной эмоциональной травмы и неразберихи, после чего долгая фрустрация кульминирует в виде вспышки насильственного поведения. В случае делинквентов с психологическими нарушениями акт делинквентности представляет собой побочный продукт тяжелой личностной дезадаптации, а не отражение асоциальных установок.

Асоциальные признаки. Многие обычные делинквенты обладают признаками, типичными для асоциальных личностей. Они импульсивны, имеют отклонения от нормы, злопамятны, лишены чувства раскаяния или вины, не способны устанавливать и сохранять тесные межличностные связи и, по всей видимости, не могут учиться на собственном опыте. Поскольку у них отсутствует чувство реальности и этический контроль, они часто совершают явно бессмысленные незапланированные действия под влиянием момента. Они могут украсть незначительную сумму денег, которые им не нужны, угнать машину, проехать несколько кварталов и бросить ее. В некоторых случаях они совершают импульсивные акты насилия не для личной выгоды, а вследствие обиды на мир, выражая таким образом чувство враждебности к нему. По сути дела, эти индивиды не социализированы.

Злоупотребление наркотиками. Многие акты делинквентности, особенно кражи, занятия проституцией и нападения, напрямую связаны с употреблением алкоголя и наркотиков (Leukefeld et al., 1998). Большинство подростков, употребляющих сильные наркотики, например героин, вынуждены воровать, чтобы не нару-

шать своих привычек, которые могут быть весьма дорогостоящими. В случае наркоманок и алкоголичек кражи, как способ получения денег, могут сочетаться с проституцией или замещаться ею.

Патогенные семейные паттерны как причина делинквентности

При оценке роли патогенных семейных паттернов в развитии делинквентности следует подчеркнуть, что каждый конкретный паттерн представляет собой лишь один из множества взаимосвязанных факторов. Из всех паттернов, отмеченных в исследованиях, посвященных делинквентности несовершеннолетних, наиболее важными представляются следующие.

Отсутствие родителей или семейный конфликт. По всей видимости, делинквентность более типична для молодых людей из семей, где родители проживают раздельно или находятся в разводе, а не в том случае, когда один из них умер. Это позволяет предположить, что конфликты между родителями могут стать ключевым элементом, порождающим делинквентность. Отсутствие родителя может оказывать на ребенка разное воздействие. Например, отдельное проживание отца и матери или развод иногда оказываются для ребенка менее травматичными, чем их конфликты и разногласия. Именно дисгармония и конфликты между родителями вместо стабильной семейной жизни могут стать важной причиной развития делинквентности.

Родительское отторжение и недостаток дисциплины. Во многих случаях один или оба родителя отвергают ребенка. Когда отвергающим родителем является отец, то мальчику сложно идентифицировать себя с ним и использовать его как модель своего собственного развития. В классическом исследовании 26 агрессивных делинквентных мальчиков Бандура и Уолтерс (Bandura & Walters, 1963) описали паттерн, при котором отторжение со стороны отца сочеталось с несоответствием подходов обоих родителей к воспитанию. Усугубляя патогенную картину, отец для поддержания дисциплины обычно использовал физические пунитивные методы, моделируя таким образом агрессивное поведение, повышая враждебность, которую мальчик уже ощущал ранее по отношению к себе. Окончательным результатом подобного паттерна был враждебно настроенный, обладающий вызывающим поведением, неадекватно социализированный молодой человек с отсутствием нормального внутреннего контроля, склонный к реализации своих агрессивных импульсов в асоциальных поступках. Несомненно, вину за вредное воздействие родительского отторжения и противоречивые требования к дисциплине нельзя возлагать лишь на отцов. Исследователи установили, что подобное поведение со стороны любого из родителей может ассоциироваться у ребенка с агрессией, ложью, воровством, побегами из дома и широким спектром других проблем (Lefkowitz et al., 1977). Асоциальное поведение родителей: алкоголизм, жестокость, асоциальные установки, неспособность обеспечить семью, регулярное, не обоснованное необходимостью отсутствие дома и другие особенности, которые превращают отца или мать в неадекватную и неприемлемую поведенческую модель, нередко выявляются у родителей делинквентов (Bandura, 1973).

Отношения вне семьи. Многие авторы полагают, что на развитие делинквентности у детей могут влиять внесемейные межличностные отношения родителей (Griest & Wells, 1983). Валер (Wahler, 1980) установил, что поведенческие реакции

детей обратно пропорциональны количеству дружеских контактов родителей вне дома. Было обнаружено (Wahler, Hughey & Gordon, 1984), что матери, ведущие уединенный образ жизни или имеющие негативные отношения с общиной, менее склонны контролировать своих детей и следить за их поведением, чем те родители, у которых было много дружеских контактов за пределами семьи.

Нежелательные отношения со сверстниками

Как правило, делинквентность подразумевает обмен опытом. При исследовании делинквентности в городе Флинт, штат Мичиган, было установлено (Haney & Gold, 1973), что примерно две трети делинквентных действий совершено при содействии еще одного или двух людей, а в оставшейся трети правонарушений привлекались 3–4 участника. Обычно правонарушитель и его компаньон (или компаньоны) были одного пола. Следует отметить, что девушки более склонны, чем юноши, иметь постоянного друга или компаньона при совершении делинквентных актов.

Делинквентность может порождаться и поддерживаться социальным фоном. Ключевое значение здесь имеет тесное взаимодействие отчуждения и бунтарства, социальное отторжение и психологическая поддержка, которую дает принадлежность к делинквентной банде. По оценкам последнего доклада Управления по делам несовершеннолетних и профилактике делинквентности, в Соединенных Штатах существует 23 388 молодежных банд, насчитывающих в своих рядах 664 906 членов. Каждый штат и каждый большой город сталкивается с данной проблемой. Кроме того, банды неожиданно появляются на всей территории Америки и в маленьких городках в сельскохозяйственных районах. В основном эти банды ориентируются на мужчин; женщины составляют всего лишь 3% от общего числа их членов. В 1995 году бандами было совершено 46 359 преступлений и 1072 убийств (Office of juvenile justice and delinquency prevention, 1995).



Проблема существования банд острее всего стоит в районах с низким уровнем социально-экономического развития. Членами банд чаще становятся подростки, принадлежащие к национальным меньшинствам (48% — афроамериканцы, 43% — латиноамериканцы), чем их белые сверстники. Существует множество причин для вступления в банду, однако большинство членов чувствуют свою неадекватность, ощущают отверженность обществом. Членство в банде позволяет получить чувство принадлежности и способ приобретения определенного статуса, одобрение со стороны окружения. Оно является также средством совершения ограблений с целью получения материальной выгоды и других противоправных действий, которые невозможно успешно совершить в одиночку.

Борьба с делинквентностью

Если у молодежных организаций и специализированных учебных заведений есть адекватные возможности и персонал, они способны оказать значительную помощь тем молодым людям, которых необходимо спасти от негативного окружения. Эти организации могут дать подросткам возможность больше узнать о самих себе и окружающем мире, продолжить образование и приобрести необходимые навыки, обрести цель и смысл жизни. Здесь молодые люди могут получить психологическую консультацию и пройти групповую терапию. Исключительно важную роль играет то, что давление группы сверстников направляет человека не к совершению повторных делинквентных действий, а к ресоциализации. Методы бихевиоральной терапии, основанные на предположении о том, что делинквентное поведение приобретается в результате научения, поддерживается и изменяется согласно тем же принципам, что и остальные формы поведения, оказались исключительно полезными при реабилитации тех несовершеннолетних правонарушителей, которые нуждались в помещении в специальные заведения (Ammerman & Hersen, 1997). В общей программе реабилитации исключительное значение имеет консультирование родителей и изменение окружающей среды.

В отношении несовершеннолетних правонарушителей широко применяется условное наказание (испытательный срок) как вместо пребывания в исправительном учреждении, так и после отбытия срока заключения. Многих делинквентов можно направить к конструктивному поведению, не изолируя их от семьи или общины. Показатель рецидива среди делинквентов, часто используемый для оценки успешности программ реабилитации, зависит от типа правонарушителей, участвующих в ней, конкретного заведения и используемых методов. Согласно оценкам, общий показатель рецидива у делинквентов, направленных в специализированные учебные заведения, достаточно высокий (Federal Bureau of Investigation, 1995). Поскольку многие преступления совершаются несовершеннолетними, которые только что были освобождены из-под опеки или после ареста не отбыли срок тюремного заключения, власти штатов все чаще подчеркивают необходимость более строгого наказания для этой категории нарушителей за некоторые виды преступлений.

Резюме

Раньше детей считали «миниатюрными» взрослыми. Только во второй половине XX века при исследовании вопросов диагностической классификации стали уделять особое внимание проблемам детей.

Было предложено два подхода к классификации проблем поведения у детей и подростков: категориальная стратегия, получившая отражение в *DSM-IV*, и многомерная стратегия. Оба подхода подразумевали структурированные классы наблюдаемых форм поведения. Согласно категориальной стратегии, симптомы поведенческих проблем группировали в виде синдрома на основании клинических наблюдений. При использовании многомерной стратегии широкий спектр наблюдаемых форм поведения подвергали обработке мультивариантными статистическими методами; группы симптомов составляли диагностические классы, или «пространства».

В настоящей главе при клиническом описании широкого спектра поведенческих проблем у детей авторы использовали систему классификации *DSM-IV*. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания — самая распространенная проблема поведения у детей. При этом расстройстве ребенок демонстрирует импульсивное, сверхактивное поведение, которое мешает ему выполнять задания. Существует некоторое противоречие в отношении критериев, использующихся для отличия гиперактивных детей от «нормальных» или детей с другими расстройствами поведения. Такое противоречие в определении гиперактивности затрудняет выяснение причин данного расстройства. Основными подходами к лечению гиперактивных детей являются медикаментозное лечение и бихевиоральная терапия. Использование таких лекарственных препаратов, как амфетамины, для детей неоднозначно. Бихевиоральная терапия, особенно когнитивно-бихевиоральные методы, доказали свою перспективность для модификации поведения гиперактивного ребенка.

Другая распространенная проблема, связанная с поведением детей, — расстройство поведения. При этом расстройстве ребенок постоянно совершает агрессивные или асоциальные действия. В тех случаях, когда проступки ребенка выливаются в противоправные действия, допустимо употребление термина «делинквент» или «несовершеннолетний делинквент». Было установлено значительное число потенциальных причин расстройства поведения, или делинквентного поведения, начиная от биологических факторов и индивидуальной патологии и заканчивая социальными условиями. Оказание помощи в этих случаях зачастую затруднительно; любая помощь оказывается неэффективной до тех пор, пока не удается найти способ изменения окружения ребенка.

Другие расстройства, например тревожность или депрессия, имеют значительные отличия от расстройств поведения. Дети, страдающие от них, обычно не причиняют хлопот окружающим своим агрессивным поведением. Напротив, они пугливы, застенчивы, замкнуты, тревожны, им сложно адаптироваться к требованиям внешнего мира. Тревожное расстройство можно охарактеризовать крайней тревожностью, уходом в себя и реакциями избегания. Вероятной причиной этих расстройств служат взаимоотношения в семье на первых этапах жизни ребенка, генерирующие тревожность и мешающие развить ему адаптивные навыки, необходимые для преодоления жизненных проблем. При лечении расстройств данного типа целесообразно применение бихевиоральной терапии (тренировка уверенности в себе и десенсибилизация).

Ряд расстройств у детей включают в себя проблемы поведения, связанные с одним выраженным симптомом, а не с неадаптивным паттерном. К таким симпто-

мам относятся энурез, энкопрез, лунатизм и тики. Лечение данных расстройств обычно протекает более успешно, чем вышеописанных заболеваний.

Далее в главе рассмотрено самое тяжелое и непонятное расстройство у детей — аутизм. При этом расстройстве уже в первые годы жизни отмечается крайне неадаптивное поведение, которое препятствует психологическому развитию больных детей. Так, аутичные дети практически всегда держатся в стороне от других, никогда не реагируют и, вероятно, не обращают внимания на то, что происходит вокруг них. Многие из них так и не научаются говорить. По всей вероятности, это расстройство имеет генетическую и биологическую природу. Ни медикаментозное, ни психологическое лечение не могут нормализовать поведение аутичных детей, однако новые методики выдачи инструкций и модификации поведения иногда значительно улучшают их способность к функционированию. В целом долгосрочный прогноз при аутизме в лучшем случае сомнителен.

Исследователи выдвигают предположение о существовании значительного числа потенциальных причин расстройств у детей и подростков. Генетическая предрасположенность, несомненно, играет роль в развитии некоторых расстройств, однако важное влияние могут оказывать и психопатология родителей, распад семьи, а также обстоятельства, вызывающие стресс, например смерть родителей, отказ от ребенка или жестокое обращение с ним. Последние исследования подчеркивают значимость множественных факторов риска при развитии психопатологии.

Лечение расстройств у детей определяется специфическими проблемами и возможностями. Потребность в профилактических и лечебных программах для детей постоянно растет. В последнее время концепция защиты детей привлекла внимание специалистов многих штатов. Жестокое обращение с детьми представляет собой серьезную проблему, которая заставляет исследователей и клиницистов искать причины этого явления и проводить профилактические и лечебные мероприятия. Другой проблемой, которая тревожит как отдельных людей, так и все общество в целом, является преступность несовершеннолетних, или делинквентность. К сожалению, не всегда имеются в наличии финансовые средства и условия, необходимые для оказания подобных услуг; поэтому будущее программ, направленных на оздоровление психологического окружения детей, остается неопределенным.

ГЛАВА 15

Клиническая оценка

Как правило, оценка состояния пациента инициируется жалобами, с которыми он обращается к клиницисту: человек испытывает поведенческий, эмоциональный или физический дискомфорт, который заставляет его искать помощи. Клиницист пытается понять природу и степень тяжести проблемы, с которой к нему обратились. Иногда ведение расспросов представляет собой трудную и запутанную задачу, напоминающую упражнения Шерлока Холмса в индуктивной и дедуктивной логике. В других случаях оценка производится достаточно легко, что позволяет специалисту с большой вероятностью сделать заключение о причине жалоб пациента. Педиатры, как правило, имеющие постоянную клиентуру, знают, какие детские инфекции «гуляют» в округе в данный момент времени. У ребенка, жалобы которого напоминают характерные симптомы, типичные для обычной инфекции, скорее всего, обнаружат именно это заболевание. Однако даже в этом случае ответственный педиатр обычно подтверждает первичный диагноз данными лабораторных анализов с целью идентификации инфекционных агентов перед назначением специфического лечения.

У специалиста, практикующего в области душевного здоровья, есть несколько клинических ситуаций, столь же рутинных, как и в случае с нашим педиатром; однако ему гораздо сложнее найти адекватные методики для подтверждения первоначального диагноза. За редким исключением, в таких случаях невозможно провести лабораторные исследования, неотъемлемые от большинства медицинских оценок. У психологических расстройств обычно отсутствуют сопутствующие биологические признаки, позволяющие идентифицировать их. Более того, они всегда тесно взаимосвязаны с личностными особенностями людей, страдающих ими, а также с различными социальными обстоятельствами.

Мы знаем, что психические нарушения, по всей видимости, становятся результатом сложного взаимодействия множества факторов, каждый из которых вносит свой вклад. Некоторые из этих факторов остаются неизвестными даже после нескольких месяцев психотерапевтического вмешательства. Таким образом, психологическая оценка или постановка диагноза может представлять собой непрерывный процесс, сопровождающий лечение, а не предшествующий ему.

Как мы узнали из предыдущих глав, даже в тех случаях, когда можно с уверенностью поставить точный диагноз, его непосредственное клиническое значение не выйдет за рамки обобщающего описания тех наблюдений за поведением, которые сможет провести клиницист. В отличие от большинства медицинских диагнозов

он не выявит глубинные патологические процессы, порождающие наблюдаемое состояние. В силу этих причин оценка психических расстройств по сравнению с соматическими заболеваниями обычно сложнее, неопределеннее и требует больше времени. Однако это не умаляет ее значения. При отсутствии по крайней мере общего представления о проблемах, которые предстоит решать, невозможно составить рациональный, специфический план лечения. В дальнейшем в процессе его осуществления необходимо руководствоваться регулярно производимой клиницистом оценкой проблем клиента.

В этой главе мы сосредоточим наше внимание на первичной **клинической оценке** — процедуре, с помощью которой клиницисты, использующие психологические тесты, наблюдения и интервью, обобщают симптомы и проблемы клиента с целью определения его состояния. Оценка представляет собой непрерывно продолжающийся процесс и может играть важную роль, например, в предсказании вероятного исхода. При первичной клинической оценке предпринимается попытка идентификации основных показателей состояния клиента и предсказания наиболее вероятного развития событий в различных условиях. Именно на этой начальной стадии необходимо принять кардинальные решения, например выбрать способ лечения, решить, нужна ли пациенту госпитализация, потребуется ли какая-либо помощь остальным членам семьи. Иногда, в экстренных ситуациях, эти решения необходимо принимать быстро, не располагая той важной информацией, которая, возможно (но отнюдь не обязательно), появится при более длительном контакте с пациентом. Как мы узнаем далее, для повышения успешности оценки состояния субъекта в процессе обследования, предшествующего лечению, используются различные инструменты психологического измерения (Gaw & Beutler, 1995).

Не столь явной, но не менее важной функцией оценки, предшествующей лечению, является установление базового уровня различных психологических функций с целью определения эффективности оказываемой пациенту помощи. Критерии, основанные на данных измерениях, могут быть включены в план лечения, поскольку терапия считается успешной и законченной только в том случае, если поведение клиента соответствует этим заранее определенным показателям. Кроме того, как мы увидим в главах 16 и 17, сравнение результатов оценки до и после лечения — существенный момент многих исследовательских проектов, предназначенных для определения эффективности различных терапевтических подходов.

В данной главе мы рассмотрим два достаточно распространенных способа применения психологической оценки. Во-первых, оценка используется для определения, существуют ли у человека психологические проблемы адаптации в случае, когда он дает свидетельские показания под присягой в суде. Во-вторых, психологическая оценка производится при отборе кандидатов для исполнения каких-либо функций и занятий в области профессиональной деятельности. Здесь основные усилия направлены на то, чтобы идентифицировать людей, непригодных для назначения на должность или работы, на которые они претендуют. Так, человеку, желающему стать полицейским, но не контролирующему гнев и агрессивные импульсы, возможно, посоветуют подумать о другой работе или пройти терапию, излечивающую недостаток контроля, который может быть опасен в условиях постоянного тяжелого стресса и доступа к смертоносному оружию.

В этой главе мы рассмотрим некоторые наиболее часто применяемые методики оценки и покажем, каким образом полученные данные можно объединить в связную клиническую картину с целью определения состояния пациента и его лечения. Наш обзор включает в себя обсуждение неврологической и нейропсихологической оценки, клинического интервью, наблюдения за поведением и личностной оценки, полученной посредством использования проективных и объективных психологических тестов.

Сначала давайте рассмотрим, что пытается узнать клиницист в процессе психологической оценки клиента.

Основные элементы оценки

Что должен узнать клиницист? Во-первых, несомненно, следует более четко обозначить существующую проблему. Является ли эта проблема ситуационной, проистекающей из стрессовых факторов окружающей жизни, например развода или безработицы, или это проявление общего длительного расстройства, а возможно, и сочетание обеих этих возможностей? Есть ли свидетельства недавнего ухудшения когнитивных функций? Как давно появились жалобы и как клиент справляется со своей проблемой? Была ли ему оказана помощь ранее и если да, то какая? Есть ли указания на саморазрушительное поведение и деградацию личности, или клиент, используя имеющиеся в его распоряжении личные возможности и ресурсы окружающей среды, предпринимает активные попытки справиться с проблемой? Насколько сильно проблема влияет на исполнение человеком его социальных ролей? Соответствуют ли симптомы поведения клиента какому-либо диагностическому паттерну в *DSM-IV*?

Взаимосвязь между диагнозом и оценкой

В силу многих причин очень важно располагать адекватной классификацией существующих проблем. Так, например, в случае получения страховки часто требуется постановка официального диагноза. С клинической точки зрения точное знание типа расстройства у клиента может помочь в планировании и проведении лечения. С административной точки зрения важно знать спектр заболеваний у населения с целью предоставления необходимых условий для лечения. В случае если у большинства пациентов в том или ином заведении присутствуют расстройства личности, требуется подбор подготовленного персонала и соответствующих лечебных средств. Таким образом, важно как можно яснее понять природу проблемы, в том числе определить, к какой категории она относится.

Изучение социальной истории

Как правило, для клинических целей официальная классификация диагнозов *per se* гораздо менее важна, чем базовое понимание истории человека, его интеллектуальные и личностные характеристики, давление со стороны окружающей среды и возможности, которые она ему предоставляет. Таким образом, адекватная оценка включает в себя гораздо больше, чем ярлык диагноза. Например, она должна включать в себе объективное описание поведения человека. Каковы его характерные

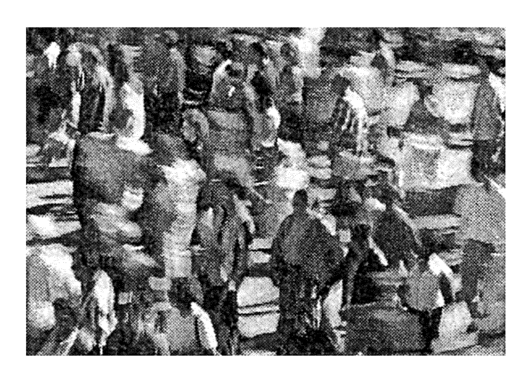
реакции на окружающих? Существуют ли какие-нибудь крайности в поведении, например чрезмерное употребление еды и напитков? Наблюдается ли явный дефицит чего-либо, например недостаток социальных навыков? Насколько адекватно поведение человека? Проявляет ли он поведение, приемлемое в определенном контексте, но явно не подходящее к конкретной ситуации или противоречащее социальным ожиданиям? Эксцессы, дефицит и адекватность служат основными параметрами, которые необходимо отмечать в случае, если клиницист хочет понять, какое именно расстройство привело индивида в клинику или госпиталь.

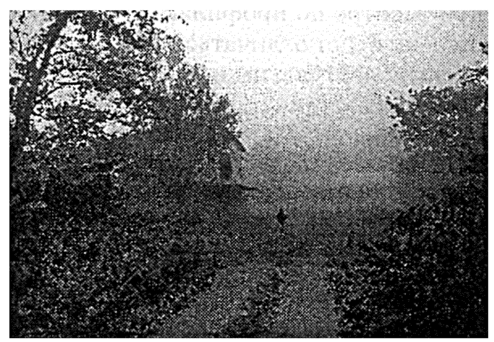
Личностные факторы

Кроме того, оценка должна включать в себя описание тех личностных особенностей, которые имеют отношение к проблеме. Реагирует ли человек девиантным образом на определенные типы ситуаций, например, те, в которых необходимо обращаться в законодательные органы? Обладает ли он личностными характеристиками и поведенческими паттернами, предрасполагающими плохую адаптацию к широкому набору обстоятельств? Обладает ли человек тенденцией к слиянию вплоть до полной потери идентичности, или он настолько самодостаточен, что интимный обмен обычно отвергается? В состоянии человек принять помощь от окружающих? Способен ли человек на подлинную любовь, готов ли он взять на себя ответственность за благополучие других людей? Эти вопросы лежат в основе всех усилий при проведении оценки.

Социальный контекст

Необходимо также оценить социальный контекст, в котором функционирует индивид. Какие требования окружение обычно предъявляет к человеку, какие факторы поддержки и стресса присутствуют в его жизненной ситуации? Например, если на плечи человека ложится основная доля проблем по уходу за супругом, заболевшим болезнью Альцгеймера, то это настолько трудная задача, что лишь очень немногие в состоянии справиться с ней, избежав серьезных психологических





Для объективной оценки требуется гораздо больше, чем для клинического диагноза. Она должна включать в себя глубокое понимание интеллектуального функционирования человека, личностных характеристик, а также ресурса его окружения и оказываемого на него давления. Важно также оценить социальный контекст, в котором существует человек, для того чтобы психологическая оценка была полной.

нарушений, особенно при отсутствии какой-либо поддержки извне. Как мы знаем, классификация *DSM-IV* включает в себя описание оценки как тяжести стрессоров в окружении человека, так и уровня его общей приспособленности к требованиям, предъявляемым социальным окружением.

Отрывочные и часто противоречивые данные о личностных особенностях человека, поведенческих паттернах, требованиях окружающей среды необходимо далее объединить в связную и осмысленную картину. Некоторые клиницисты определяют эту картину как **динамическое итоговое заключение,** поскольку она не только описывает текущую ситуацию, но включает в себя и гипотезы о том, что же побуждает человека вести себя неадаптивно. На этой стадии оценки клиницист должен дать, например, возможное объяснение того, почему обычно пассивный мужчина с мягкими манерами неожиданно впал в ярость и начал крушить мебель.

Заключение должно также позволять клиницисту выдвигать гипотезы о поведении клиента в будущем. Какова вероятность улучшения или ухудшения состояния пациента, если выявленные проблемы останутся без лечения? Какие формы поведения изменятся раньше других и какие методы лечения в наибольшей степени будут способствовать этим изменениям? Насколько сильные изменения следует ожидать при применении определенного типа лечения?

Если это возможно, то все решения о лечении следует принимать в сотрудничестве с пациентом, с его согласия и одобрения. Однако при тяжелых расстройствах план лечения составляется без участия пациента и, в редких случаях даже без консультаций с членами семьи. Как уже отмечалось, необходимо знать сильные стороны и возможности пациента; короче говоря, какие качества пациента могут содействовать улучшению его состояния.

Поскольку в возникновении и сохранении неадаптивного поведения важную роль может сыграть весьма широкий спектр факторов, оценка должна включать в себя координированное применение физических и психологических методов, а также методов оценки окружающей среды. Однако мы уже говорили о том, что особенности и широта клинических оценок варьируют в зависимости от проблемы и возможностей лечебного заведения. Например, оценка, сделанная по телефону в Центре по профилактике самоубийств (Stelmachers, 1995), в значительной степени будет отличаться от оценки, задачей которой является определение уровня интеллектуальных, вербальных и психологических способностей госпитализированного пациента для того, чтобы он смог извлечь пользу от индивидуальной психотерапии.

Влияние профессиональной ориентации

То, как клиницисты осуществляют процесс оценки, во многом зависит от их базовых установок по поводу лечения. Например, биологически ориентированные клиницисты — психиатры или другие практикующие медики, скорее всего, уделят основное внимание биологическим методам оценки, нацеленным на определение органического нарушения функций, способного вызвать неадаптивное поведение. Клиницист, ориентированный на психодинамический или психоаналитический подход, вероятно, предпочтет методы неструктурированной оценки личности, например тесты Роршаха или тематической апперцепции (TAT) с целью определения скрытых интрапсихических конфликтов или начала терапии в ожидании,

что эти конфликты возникнут как часть процесса лечения (см. раздел «Нерешенные проблемы» в конце этой главы). Клиницист, придерживающийся бихевиористического подхода, при определении функциональных взаимосвязей между событиями окружающей среды или подкреплениями и патологическим поведением будет полагаться на такие методы, как наблюдение или систематическое самонаблюдение с целью выявления неадаптивных паттернов, приобретенных в результате научения. Бихевиорист с когнитивной ориентацией фокус внимания сместит на дисфункциональное мышление, предположительно опосредующее эти паттерны. Представитель гуманистического подхода обратится, по всей вероятности, к методу интервью с целью выявления блокировки или искажения личностного роста. Клиницист с межличностной ориентацией в процессе выявления проблем межличностных взаимоотношений мог бы применить методы личностной конфронтации и наблюдения за поведением.

Приведенные примеры отражают общие тенденции и ни в коей мере не означают, что клиницисты той либо иной школы ограничивают себя какими-то строго определенными методами оценки или что каждый такой метод применяется лишь сторонниками той или иной теории. В данном случае подчеркивается тот факт, что некоторые методы оценки в большей степени, чем остальные, способствуют выявлению причин и отбору информации о симптоматическом поведении, необходимой для понимания и лечения расстройства в рамках конкретной концептуальной схемы.

Как вы увидите в дальнейшем, и физические и психологические данные могут оказаться исключительно важными для понимания проблем пациента при проведении клинической оценки. В следующем разделе мы детально изучим одно из ранее проведенных психологических исследований, опирающееся на множество оценочных данных.

Доверие и взаимопонимание между клиницистом и клиентом

Для того чтобы психологическая оценка была наиболее эффективной и давала ясное понимание поведения и симптомов, оцениваемый клиент должен комфортно чувствовать себя с клиницистом. В подобной ситуации ему важно понять, что тестирование поможет специалисту разобраться в его проблемах, а также знать, как используются результаты тестов в клинической оценке. Клиницист должен объяснить, что произойдет в процессе оценки и как собранная информация поможет составить более ясную картину тех проблем, с которыми сталкивается пациент.

Клиницисту необходимо осознать, что людям, проходящим тестирование, задают очень много личных вопросов об их чувствах и поведении. В результате клиент должен быть уверен, что сведения, содержащие информацию о его переживаниях, убеждениях, установках и истории жизни, будут использованы в лечебных целях и строго конфиденциально: доступ к ним будет открыт только для терапевтов или других специалистов, оказывающих ему помощь. Кроме того, с результатами тестирования можно будет ознакомить третью сторону только в том случае, если пациент подпишет соответствующее разрешение. В ситуации, когда тестирование производится для третьей стороны, например суда, клиент считается не тестируемым индивидом, а источником, на который ссылается судья, распорядившийся произвести оценку. В подобных случаях в процессе тестирования трудно установить

тесные доверительные отношения. Несомненно, в случае проведения оценки по распоряжению суда поведение человека во время тестирования существенно отличается по сравнению с иными ситуациями. В этой связи при интерпретации результатов тестов необходимо учитывать данные различия в мотивации.

Клиенты, проходящие тестирование в клинике, обычно более мотивированны и хотят узнать результаты. Они активно заинтересованы в обнаружении причины их дискомфорта. Более того, наличие обратной связи в подобной ситуации может быть важным элементом процесса лечения (Beutler, 1995). При получении пациентами соответствующей обратной связи при тестировании у них наблюдается тенденция к улучшению состояния. По всей вероятности, улучшение самочувствия вызвано тем, что у человека появляется новый взгляд на свою проблему с позиции тестирования. Процесс обратной связи при тестировании сам по себе может стать мощным клиническим вмешательством (Finn & Tonsager, 1997). При сравнении клиентов, не получивших обратной связи в процессе тестирования, с теми, кто получил ее, отмечались некоторые отличия. Так, например, у индивидов, получивших обратную связь, наблюдалось снижение количества описываемых симптомов и повышение самооценки как следствие того, что улучшалось их представление о собственных возможностях.

Оценка физического состояния организма

В некоторых ситуациях, а также при определенных психологических проблемах в процессе медицинской оценки необходимо исключить возможность наличия физических аномалий, которые способны внести свой вклад в развитие расстройства. Медицинская оценка может включать в себя как определение общего физического состояния, так и специальные исследования, направленные на изучение структурной (анатомической) и функциональной (физиологической) целостности головного мозга как системы, значимой для поведения (Rozensky, Sweet & Tovian, 1997).

Исследование общего физического состояния

Физическое обследование состоит из разных процедур, большая часть которых знакома нам по регулярному «медосмотру». Как правило, составляется медицинский анамнез и проверяются основные системы тела (DeGowin, 1994). Значение этой части процедуры оценки не вызывает сомнений, поскольку она позволяет выявить расстройства, проистекающие из физических нарушений, например соматоформных, аддиктивных и органических мозговых синдромов. Кроме того, значительное число органических состояний, например различные гормональные нарушения, могут у некоторых людей вызывать поведенческие симптомы, напоминающие симптомы психических расстройств, которые, как обычно считают, имеют психосоциальное происхождение. Примером здесь может служить хроническая боль в спине, в возникновении которой психологические факторы могут играть важную роль. Диагностическая ошибка в таких ситуациях, приводящая к хирургической операции, не оказывающей никакого эффекта, иногда обходится очень дорого; поэтому в сомнительных случаях большинство клиницистов настаивает на медицинском обследовании до начала психосоциального вмешательства.

Неврологическое обследование

В связи с тем что в развитии психических расстройств иногда участвует (или подозревается) патология головного мозга, исследование общего физического состояния можно дополнить специальным неврологическим обследованием. Оно может включать в себя снятие электроэнцефалограммы (ЭЭГ), позволяющей оценить паттерны мозговых волн в состоянии бодрствования и сна. ЭЭГ представляет собой графическую запись электрической активности головного мозга. Ее получают, устанавливая электроды на черепе и усиливая слабые импульсы мозговых волн из разных участков головного мозга; усиленные импульсы передаются на перо самописца, колебания которого вычерчиваются на бумажной ленте, движущейся с постоянной скоростью. В настоящее время нам многое известно о нормальном паттерне мозговых импульсов в состоянии бодрствования и сна, а также при различных условиях сенсорной стимуляции. Таким образом, значительные расхождения с нормальным паттерном могут отражать аномалии функций головного мозга, которые, возможно, вызваны опухолью или иным поражением. В случае, когда ЭЭГ показывает дизритмию электрической активности мозга, можно использовать дополнительные специальные методики для постановки более точного диагноза.

Анатомическое сканирование головного мозга

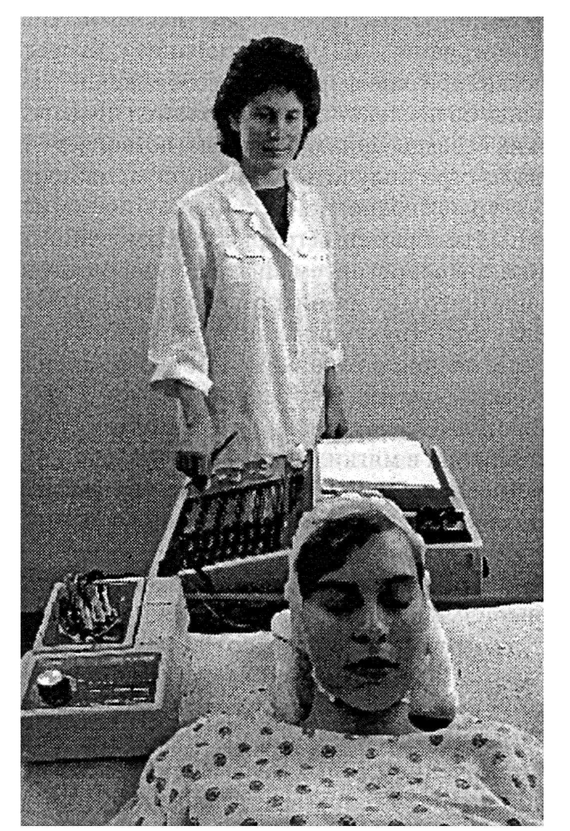
Примером таких специальных методов являются радиологические исследования, например, **аксиальная компьютерная томография (АКТ-сканирование).** Посредством рентгеновского излучения АКТ-сканирование формирует изображение частей мозга, которые могут быть повреждены. За последние годы этот метод произвел настоящую революцию в неврологических исследованиях, поскольку позволяет без всякого хирургического вмешательства быстро получить точную информацию о локализации и степени аномалий структуры головного мозга. Данный метод использует компьютерный анализ послойных изображений головного мозга пациента при помощи рентгеновского излучения, интерпретируемый врачом-неврологом.

На смену АКТ-сканированию все чаще приходит **магнитно-резонансная томография (МРТ)**. Этот метод позволяет изучать структурные (анатомические) аномалии в центральной нервной системе, особенно в головном мозгу. С помощью МРТ удается получать более отчетливые изображения внутренних структур головного мозга по сравнению с АКТ-сканированием, поскольку он позволяет точнее дифференцировать незначительные изменения в мягких тканях. Кроме того, процедуру МРТ обычно гораздо легче провести, в отличие от АКТ-сканирования в этом случае исследуемый участок тела пациента не подвергается длительному воздействию ионизирующего или рентгеновского излучения, а получаемые изображения гораздо отчетливее. По сути дела, МРТ основана на точном измерении различий магнитного поля, вызванных изменениями количества воды в разных органах и их участках. Это позволяет произвести компьютерную обработку и графически изобразить с удивительно высокой разрешающей способностью и отчетливостью анатомическую структуру поперечного среза такого органа, как головной мозг, в любой его части. Таким образом, МРТ позволяет без использования каких-либо инвазивых методов увидеть все (за исключением самых мельчайших) аномалии структуры головного мозга. Особенно полезным он оказывается в случае необ-

ходимости подтверждения наличия дегенеративных процессов в мозгу, проявляющихся, например, в увеличении внутримозговых полостей, наполненных спинномозговой жидкостью. Следовательно, исследования с помощью МРТ могут многое прояснить относительно роли аномалий мозга в развитии «неорганических» психозов, например шизофрении, и, как уже отмечалось в главе 12, в этой области удалось достичь определенного прогресса. Основной проблемой, связанной с МРТ, является то, что некоторые пациенты демонстрируют реакцию клаустрофобии, когда их помещают в узкий цилиндр аппарата МРТ. Использование такого цилиндра объясняется необходимостью измерения магнитного поля и блокировки внешних радиосигналов.

ПЭТ-сканирование: метаболический портрет

Еще один метод сканирования — **позитронно-эмиссионная томография,** ПЭТ-сканирование. АКТ-сканирование дифференцирует только анатомические детали, в то время как ПЭТ-сканирование, измеряя метаболические процессы, позволяет увидеть, каким образом функционирует орган (Mazziotta, 1996). ПЭТ-сканирование, прослеживая метаболизм естественных соединений, например глюкозы, в головном мозгу и других органах, рисует метаболический портрет. Выявляя области с различной метаболической активностью, ПЭТ-сканирование позволяет точнее диагностировать патологию головного мозга, показывая участки, ответственные за возникновение эпилептических судорог, травмированные вследствие его повреждения, инсульта, а также опухоли. Таким образом, ПЭТ-сканирование позволяет увидеть проблемы, которые еще не проявляются на анатомическом уровне. Более того, использование ПЭТ-сканирования для исследования патологии головного мозга, наблюдающейся при таких аномальных состояниях, как



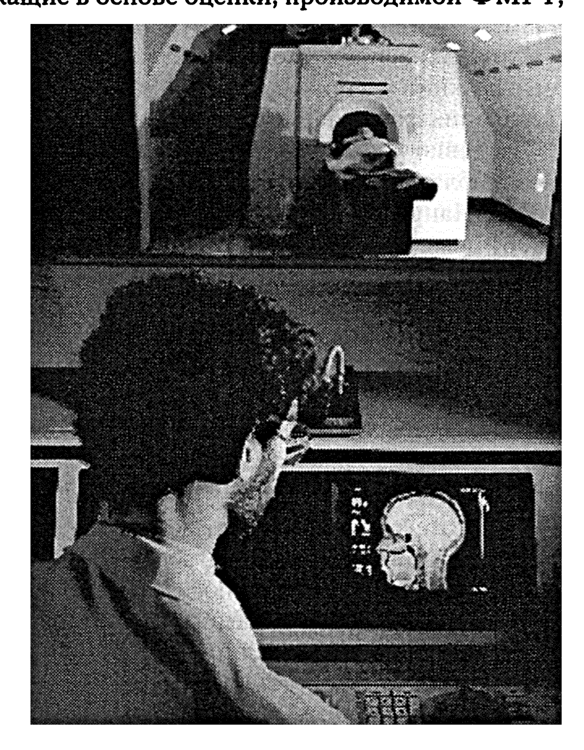
Электроэнцефалограмму (ЭЭГ), графическую запись электрической активности головного мозга, получают, располагая на черепе электроды, фиксирующие мозговые импульсы.

шизофрения, депрессия и алкоголизм, ведет к важным открытиям о процессах, лежащих в основе этих заболеваний, что повысит эффективность их лечения (Zametkin & Liotta, 1997). К сожалению, ценность ПЭТ-сканирования ограничена невысокой разрешающей способностью получаемых изображений. В настоящее время этот метод имеет большую ценность для исследовательской работы, а не диагностических целей.

Функциональная МРТ

Метод, известный под названием **функциональная МРТ (ФМРТ)**, был разработан совсем недавно и до настоящего времени не получил широкого применения в исследовании психопатологии. Изначально метод МРТ создавали и применяли с целью изучения *структуры* головного мозга, а не его *деятельности*. При исследованиях последней специалистам приходилось полагаться на ПЭТ-сканирование, принципиальным недостатком которого была дорогостоящая потребность в находящемся рядом циклотроне, продуцирующем ионизирующие радиоактивные изотопы. Необходимость введения ионизирующих частиц, пусть и короткоживущих, в организм пациента также настораживала многих клиницистов. В середине 1980-х годов стало ясно, что модификация метода МРТ (функциональный МРТ), означала бы огромный шаг вперед в изучении как анатомии, так и функционирования головного мозга (Bigler, 1996). Прорыв, которые многие ученые оценивают как самый революционный за всю историю методов получения изображений, был совершен в начале 1990-х годов; его описание представлено в *Harvard health letter* (январь 1997 года).

Специфические механизмы, лежащие в основе оценки, производимой ФМРТ, помимо тех, которые содержатся в МРТ, представляют собой слишком узкие технические понятия, и мы не будем останавливаться на них подробнее. Короче говоря, наиболее часто ФМРТ измеряет изменения локального содержания кислорода (кровоток) в отдельных участках ткани головного мозга. Они, в свою очередь, зависят от активно-



Вплоть до сравнительно недавнего времени наши знания о функциях головного мозга человека опирались только на анатомические исследования и наблюдения за поведением. Методы получения изображений головного мозга бурно развивавшиеся на протяжении последних 10 лет, дали более детальную информацию о его функционировании и структуре.

сти нейронов в этих областях. Таким образом можно «нанести на карту» текущую психологическую деятельность — ощущения, образы и мышление, выявляя специфические участки головного мозга, в которых происходят нейрофизиологические процессы, ответственные за эту деятельность. Временной фактор является решающим при измерении изменения содержания кислорода, поэтому появление ФМРТ потребовало разработки высокоскоростных устройств для записи процесса и компьютерного анализа входящих данных. В настоящее время они стали доступными, что, без всяких сомнений, приведет к серьезному прогрессу в исследованиях с помощью функциональных изображений индивидов, страдающих расстройствами.

Однако до сих пор опубликовано незначительное число работ, посвященных психическим заболеваниям, а основная часть исследований проводится в области картирования зрительной зоны коры головного мозга (Kosslyn et al,. 1993). Полагают, что эта область участвует в обработке быстро движущихся визуальных стимулов (например, в процессе чтения), и поэтому эти исследования могут дать важный ключ к пониманию происхождения расстройств чтения.

В одной недавно опубликованной работе, выполненной на маленьких выборках (Breiter et al., 1996), сообщалось об аномально высокой активности в нескольких участках головного мозга у субъектов, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, в условиях воздействия «провокационных» раздражителей, например необходимости взять в руки «грязное» полотенце. К сожалению, даже малейшие движения головы во время критических стадий исследования могут помешать получению адекватной записи с помощью ФМРТ (или МРТ). У многих пациентов с психическими нарушениями отмечаются большое напряжение и ажитация, особенно при контакте со стрессорами. Кроме того, задания в процессе исследования психического здоровья часто включают в себя физически невыполнимые реакции (например, приближение к чему-либо или избегание стимулов, вызывающих фобию), если пациент не в состоянии двигать головой.

Недавно несколько ученых использовали ФМРТ для выявления в головном мозгу области аберрантного функционирования при шизофрении (McCarley et. al., 1994). Например, была отмечена связь (McGuire, Silbersweig, Wright & Murray, 1996) между наличием у пациентов с диагнозом шизофрения звуковых галлюцинаций и активацией центров мозга, которые предположительно отвечают за восприятие речи.

Учитывая уникальные возможности, которые дает ФМРТ, дальнейшие исследования позволят нам найти способы борьбы с теми относительно мелкими проблемами, которые вызывают большие затруднения при изучении психиатрических пациентов. Таким образом, этому методу гарантировано научное будущее.

Нейропсихологические исследования

Описанные выше методы позволяют достаточно точно идентифицировать физические аномалии головного мозга. Подобные аномалии часто сопровождаются серьезными нарушениями поведения и различными психологическими дефицитами. Однако природу последних не удается точно предсказать даже после локализации физических аномалий. Кроме того, поведенческие и психологические нарушения, связанные с органическими аномалиями головного мозга, могут проявляться до того, как данное заболевание удастся обнаружить с помощью сканирования

или какого-либо иного метода. В таких случаях необходимы надежные способы измерения любых изменений в поведенческом или психологическом функционировании, возникающих вследствие органической патологии головного мозга. Этой потребности отвечает рост рядов психологов, специализирующихся на **нейропсихологической оценке**, включающей в себя использование широкого спектра тестов для измерения когнитивной, перцептивной и двигательной деятельности человека, являющихся ключом к установлению локализации и степени поражения головного мозга (Grant & Adams, 1996; Spreen & Strauss, 1998).

Во многих случаях, когда установлено или подозревается участие органического повреждения головного мозга, клиницист-нейропсихолог предлагает пациенту батарею тестов. То, как человек выполняет стандартизированные задания, особенно перцептивно-моторные, дает ценную информацию о любых когнитивных и интеллектуальных нарушениях, проистекающих из повреждений подобного типа (LaRue & Swanda, 1997; Lezak, 1995; Reitan & Wolfson, 1985). Такое тестирование помогает выявлению локализации повреждения головного мозга, однако применение ПЭТ-сканирования, методов магнитного резонанса и других физических тестов позволяет сделать это более эффективно.

Многие нейропсихологи предпочитают использовать индивидуальный набор тестов, зависящий от конкретной истории болезни и остальной имеющейся у них в наличии информации. Другие клиницисты применяют стандартный набор тестов, систематически и всесторонне отражающий широкий спектр психологических способностей, на которые негативно воздействуют те или иные повреждения головного мозга. Применение постоянного набора тестов имеет определенные научные и клинические преимущества, однако снижает гибкость оценки. Одна из таких широко применяемых стандартных процедур является батарея тестов Холстеда—Рейтана, компоненты которой описаны в справке 15.1.

Обычно для тестирования требуется около 6 часов, что может стать серьезным препятствием для его использования в клиниках с ограниченным финансированием (Heaton, Grant & Matthews, 1991). Несомненно, усталость пациента также может быть лимитирующим фактором, особенно в случае его неудовлетворительного состояния. В этой связи в некоторых клиниках вместо батареи тестов применяются другие нейропсихологические оценки, измеряющие такие более специфические способности, как память (Psychological Corporation, 1997) или симптомы деменции (Storandt & Vanden Bos, 1994). Данные методы позволяют получить информацию, не связанную с той опасностью, которую несут другие, более инвазивные, методы неврологического обследования. Несмотря на перечисленные выше факторы, батарея тестов Холстеда—Рейтана применяется достаточно широко, поскольку позволяет собрать полезную информацию о когнитивных и моторных процессах пациента (LaRue & Swanda, 1997), которую нельзя было бы получить иным способом.

Подводя итог всему вышесказанному, следует отметить, что в настоящее время в медицине и нейропсихологии разрабатывается множество новых методов для оценки функционирования головного мозга и поведенческих проявлений его органических нарушений (Snyder & Nussbaum, 1998). К медицинским методам, позволяющим оценить органические повреждения головного мозга, относятся ЭЭГ и сканирование с помощью АКТ, ПЭТ и МРТ. Новые техники очень перспективны

для обнаружения и оценки органических дисфункций головного мозга и дают нам лучшее понимание его функционирования благодаря графическому картированию. Нейропсихологическое тестирование предоставляет клиницисту важную информацию о поведении и о том, каким образом органическое повреждение головного мозга влияет на функционирование человека. В тех случаях, когда предполагается, что психологические проблемы являются следствием неорганических причин, используется психосоциальная оценка.

Психосоциальная оценка

При помощи психосоциальной оценки пытаются воссоздать реалистическую картину взаимодействий индивида с его социальным окружением. Данная картина включает в себя информацию о личностных особенностях человека и уровне его функционирования в настоящий момент, а также сведения о стрессорах и ресурсах, присутствующих в его жизненных обстоятельствах. Например, в начале работы клиницист может действовать как человек, собирающий мозаику, пытаясь получить как можно больше информации о клиенте (его чувствах, установках, воспоминаниях, демографических фактах) и объединить все эти фрагменты в осмысленную картинку. Обычно он выдвигает различные гипотезы, а затем по мере работы отвергает или подтверждает их. Начиная с более общего метода, например описанного ниже клинического интервью, позднее клиницисты могут остановиться на специфических заданиях или тестах. Далее мы приводим описание некоторых психосоциальных методов.

СПРАВКА 15.1

Нейропсихологическое обследование: определение взаимоотношений между мозгом и поведением

Батарея тестов Холстеда–Рейтана представляет собой нейропсихологическое обследование, состоящее из различных тестов и переменных, на основании которых можно определить «индекс нарушения» (Reitan & Wolfson, 1985). Кроме того, она предоставляет специфическую информацию о функционировании субъекта в нескольких областях деятельности. Обычно на проведение теста требуется 4–6 часов и на обработку его результатов также уходит значительное время. Однако эту серию тестов все чаще используют для неврологических оценок, поскольку она дает много полезных сведений о когнитивных и моторных процессах субъекта (LaRue & Swanda, 1997; Reitan & Wolfson, 1985). Батарея тестов Холстеда–Рейтана для взрослых состоит из следующих тестов.

1. **Категориальный тест Холстеда.** Измеряет способность субъекта научаться и запоминать материал, а также может дать информацию о его импульсивности и проницательности. Испытуемому предъявляют на экране стимулы (пронумерованные от 1 до 4). Он должен выбрать один из них при помощи нажатия кнопки. Правильный выбор сопровождается приятным звонком, а неправильный – громким жужжанием. После серии экспериментов испытуемый должен определить, какой принцип лежит в основе правильного выбора.
2. **Тест тактильных способностей.** Измеряет моторные характеристики субъекта, реакцию на неизвестное и способность к научению и использованию тактильных и кинестетических основных сигналов. Перед испытуемым, у которого завязаны глаза (он никогда не

Оценочные интервью

Оценочное интервью, которое часто считается основным элементом процесса оценки, обычно представляет собой непосредственное взаимодействие клинициста и пациента. В процессе такого взаимодействия клиницист получает сведения о различных аспектах жизненной ситуации пациента, его поведенческих и личностных особенностях. Форма интервью варьирует от простого набора вопросов или подсказок до расширенного и детального опроса. Интервью может быть свободным, когда интервьюер принимает мгновенные решения о следующем вопросе, исходя из предыдущего ответа респондента, или строго контролируемым и структурированным, что дает уверенность в том, что все необходимые аспекты проблемы будут затронуты. В последнем случае интервьюер осуществляет выбор из большого количества жестко структурированных, стандартизированных форматов интервью, надежность которых подтвердили предварительные исследования. Употребленное здесь слово «надежность» означает всего лишь то, что два и более интервьюеров, оценивающих одного и того же клиента, придут к аналогичным заключениям, своего рода консенсусу, что воспринимается как должное в научных исследованиях.

Структурированное и неструктурированное интервью

Лишь некоторые клиницисты открыто восхищаются контролируемым и структурированным видом оценочного интервью (большинство предпочитают руководствоваться при исследовании получаемыми ответами). Однако данные исследований говорят о том, что именно благодаря его применению можно получить гораздо

видел доски), кладут доску с отверстиями для десяти блоков различной формы и просят поместить блоки в соответствующие углубления на доске. Затем ему предлагают нарисовать блоки и доску, исходя из тактильной памяти.

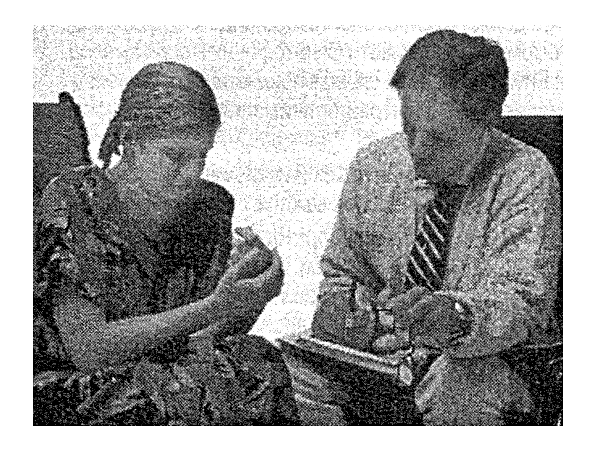
3. **Тест на ритмичность.** Измеряется способность к сохранению концентрации внимания при выполнении задания на слуховое восприятие. Он представляет собой фрагмент теста Сишора (*Seashore test*) на наличие музыкального таланта и состоит из 30 пар ритмических ударов, записанных на магнитофон. Испытуемый должен определить, имеют ли отличия предъявляемые парные сигналы.
4. **Тест на восприятие звуков речи.** Определяется способность индивида к идентификации произносимых вслух слов. Испытуемому предъявляют магнитофонную запись слов, не имеющих смысла. Затем его просят найти услышанное слово в предлагаемом ему списке из четырех напечатанных слов. Измеряется концентрация внимания и способность к восприятию.
5. **Задание: колебание пальца.** Измеряется скорость, с которой индивид может нажать указательным пальцем на рычаг. Делается несколько попыток каждой рукой.

Помимо батареи Холстеда–Рейтана, в нейропсихологической лаборатории можно использовать и другие тесты, имеющие отношение к аналогичным методам. Например, Болл (Boll, 1980) рекомендует использование модифицированного теста афазии Холстеда–Вепмана с целью получения информации о способности индивида различать числа и части тела, следить за направлением, произнести слово по буквам и изобразить с помощью пантомимы простые действия, а также о его речевых характеристиках.

более надежные результаты по сравнению с результатами гибкого по форме интервью. Вероятно, среди клиницистов царит избыточное доверие к точности своих собственных методов, возможности получения объективной картины на основе интерпретации полученных с их помощью результатов (Garb, 1989; Taylor & Meux, 1997). С другой стороны, у каждого правила есть исключения, и нам известно несколько блестяще проведенных интервью, в которых каждый вопрос формулировался в процессе общения с респондентом. Однако в большинстве случаев целесообразнее применение структурированного интервью, составленного с учетом поставленной цели, необходимости всестороннего рассмотрения симптомов и других исследуемых вопросов, а также типа взаимоотношений, которые интервьюер пытается установить с клиентом. Подобный подход поможет свести к минимуму количество ошибок, однако мы признаем, что в определенных клинических ситуациях эффективнее может оказаться более творческий и спонтанный формат интервью.

Надежность оценочного интервью повышается и за счет использования рейтинг-шкал, которые позволяют сгруппировать вопросы и представить результаты интервью в количественной форме. Например, чувство собственного достоинства, тревожность и другие характеристики человека можно оценить по 3-, 5- или 7-балльной шкале. Такой структурированный и заранее подобранный формат особенно эффективен для получения всестороннего впечатления («профиля») о субъекте и его жизненной ситуации и выявления особых проблем или кризиса — супружеских конфликтов, наркотической зависимости или суицидальных фантазий, которые могут потребовать немедленного терапевтического вмешательства.

Было высказано предположение о том, что клиническое интервью может быть подвержено ошибкам в связи с тем, что выбор вопросов и обработка информации во многом зависят от субъективной оценки. В качестве доказательства такой ненадежности приводится тот факт, что клиницисты часто официально ставят разные диагнозы, исходя из данных интервью, которое они применяют в процессе работы с конкретным пациентом. В связи с этим в последних версиях *DSM* (*III*, *III-R* и *IV*) делается упор на «операционном» подходе к оценке, указываются доступные наблюдению критерии диагноза и даются директивы по поводу того, как выносить суждение о заболевании. Таким образом, клиницист, желающий поставить официальный диагноз, должен хотя бы минимально структурировать интервью, ибо



Независимо от того, используется структурированное или неструктурированное интервью, клиницисту важно при использовании этой формы психологической оценки ни на минуту не забывать о целях, составить полный список симптомов и проблем, которые необходимо исследовать, а также обратить внимание на то, какие взаимоотношения складываются у него с клиентом в процессе интервью.

в противном случае он рискует упустить данные, существенные для его постановки. «Полеты мысли» имеют весьма ограниченное использование при оценке. Существующие данные о повышении надежности психиатрических диагнозов показали, что операционный подход обладает несомненными преимуществами, однако нет никаких сомнений и в том, что ограничение свободы интервьюера и поощрение увлеченности наблюдаемыми «признаками» за счет общего понимания функционирования пациента обходится достаточно дорого.

Компьютеризированное интервью

Как уже говорилось в главе 1, при использовании компьютеризированного интервью фигура диагноста как субъективного судьи становится все менее необходимой для процесса постановки диагноза; насколько это возможно, диагноз ставится «автоматически». Но если интерпретация результатов специалистом не нужна (и даже служат нежелательным источником ошибок), возможно ли сделать еще один шаг в компьютеризации диагностики? В процессе принятия решения компьютерные версии методов оценки прекрасно подходят для запоминания, а также позволяют неукоснительно исполнять установленные правила. При наличии в клинике финансовых и технических возможностей в режиме *on-line* можно предлагать те же вопросы и фиксировать те же ответы, что даются и интервьюером; то есть пациента можно проинтервьюировать с помощью компьютерного терминала или консоли (Kobak, Taylor et al., 1997).

Определенные шаги в этом направлении уже предприняты. В настоящее время существуют программы, способные «подогнать» диагностическое интервью под конкретного пациента. Так, Штейн (Stein, 1987) описал программу под названием: «Компьютеризированное диагностическое интервью для детей». С ее помощью можно провести стандартное психиатрическое интервью. Несколько более специфических направлений клинической оценки также были адаптированы для компьютерного исполнения. Например, Фаулер с коллегами (Fowler et al., 1987) создали «Список клинических проблем», благодаря которому терапевт может получить обзор симптомов, наблюдающихся у пациента. Аллен и Скиннер (Allen & Skinner, 1987) предложили компьютерную программу, записывающую историю злоупотребления индивидом наркотиками и алкоголем, а Джанетти (Giannetti, 1987) — методику, которая фиксирует социальную историю клиента. С такими программами очень легко работать, они способны снабдить клинициста надежной и полезной информацией. Была также опубликована программа компьютеризированного диагностического интервью для *DSM-IV*, которая может оказаться очень полезной для клинициста, проводящего диагностическую оценку (см. справку 15.2).

Несмотря на прогресс, достигнутый в уменьшении количества субъективных факторов с помощью компьютерных и иных методов, делающих различные аспекты диагностики относительно автоматическими, необходимо понимать, что их переоценка может привести к ошибке. Сложность человеческого поведения порождает множество исключений из общих правил. Следовательно, при проведении окончательного анализа, по всей видимости, не существует адекватной замены клиническому заключению эксперта. Описанные выше методы могут существенно повысить эффективность оценки в процессе диагностики состояния пациента.

Клинические наблюдения за поведением

Одним из традиционных и наиболее полезных инструментов оценки, находящихся в распоряжении клинициста, является непосредственное наблюдение за особенностями поведения пациента (Cone, 1999). Главная задача непосредственного наблюдения состоит в получении знания о психологическом функционировании человека посредством объективного описания его внешности и поведения в различных контекстах. Клиническое наблюдение представляет собой объективное описание внешности и поведения человека, сделанное клиницистом: его личной гигиены, эмоциональных реакций, депрессивных состояний, тревожности, агрессии, галлюцинаций или бреда. В идеальном случае клиническое наблюдение производится в естественном окружении (например, в школе или дома), но, как правило, оно осуществляется в клинике или госпитале (Leichtman, 1995). Например, краткое описание поведения субъекта обычно делается при его обращении в больницу, а затем периодически производятся уже более подробные наблюдения за ним в палате.

Помимо собственных наблюдений, многие клиницисты пользуются помощью пациентов, которым они дают указания по ведению самонаблюдения. Оно заключается в наблюдении пациента за собой и составлении объективного отчета о поведении, мыслях и чувствах, которые он испытывает в те или иные моменты в обычной

СПРАВКА 15.2

Постановка клинического диагноза компьютером: *D-Tree*

Иногда процесс клинической диагностики может быть достаточно тернистым и сложным. Современная клиническая диагностическая система *DSM-IV* содержит большое количество строгих правил для каждой диагностической категории, определяющих те симптомы и поведение, которые должны проявляться у пациента для того, чтобы ему был поставлен определенный диагноз. Диагностическая система разрабатывалась таким образом, чтобы в случае точного следования ее критериям можно было прийти к надежному диагнозу. Серьезным затруднением здесь является то, что существует множество различных диагностических категорий, отвечающих сходным правилам и исключениям. Следовательно, клиницист должен системно подходить к задаче классификации, например, в процессе постановки диагноза использовать стратегию разветвлений. При этом рекомендуется выбрать подход, называемый «дерево решений», что позволит практикующему специалисту следовать иерархической структуре *DSM-IV* и получать ответы на соответствующие вопросы по каждому диагностическому пункту до тех пор, пока не удастся прийти к соответствующей категории.

В случае использования подхода, называемого «деревом решений», необходимо начать с анализа набора определенных клинических признаков. «Если один из этих признаков занимает ведущее положение в наблюдаемой клинической картине, клиницист может при помощи серии вопросов включить или исключить различные заболевания» (American Psychiatric Association, 1994). В *DSM-IV* приведено несколько стандартных вариантов «дерева решений», например, путь, позволяющий диагностировать различные психические расстройства по общему соматическому состоянию, а также дерево решений для дифференциального диагноза психотических расстройств. Этот подход к диагностической классификации проиллюстрирован на рисунке (см. с. 962). Клиницист, согласно логике, определяет присутствие или отсутствие тех или иных критериев у обследуемого пациента.

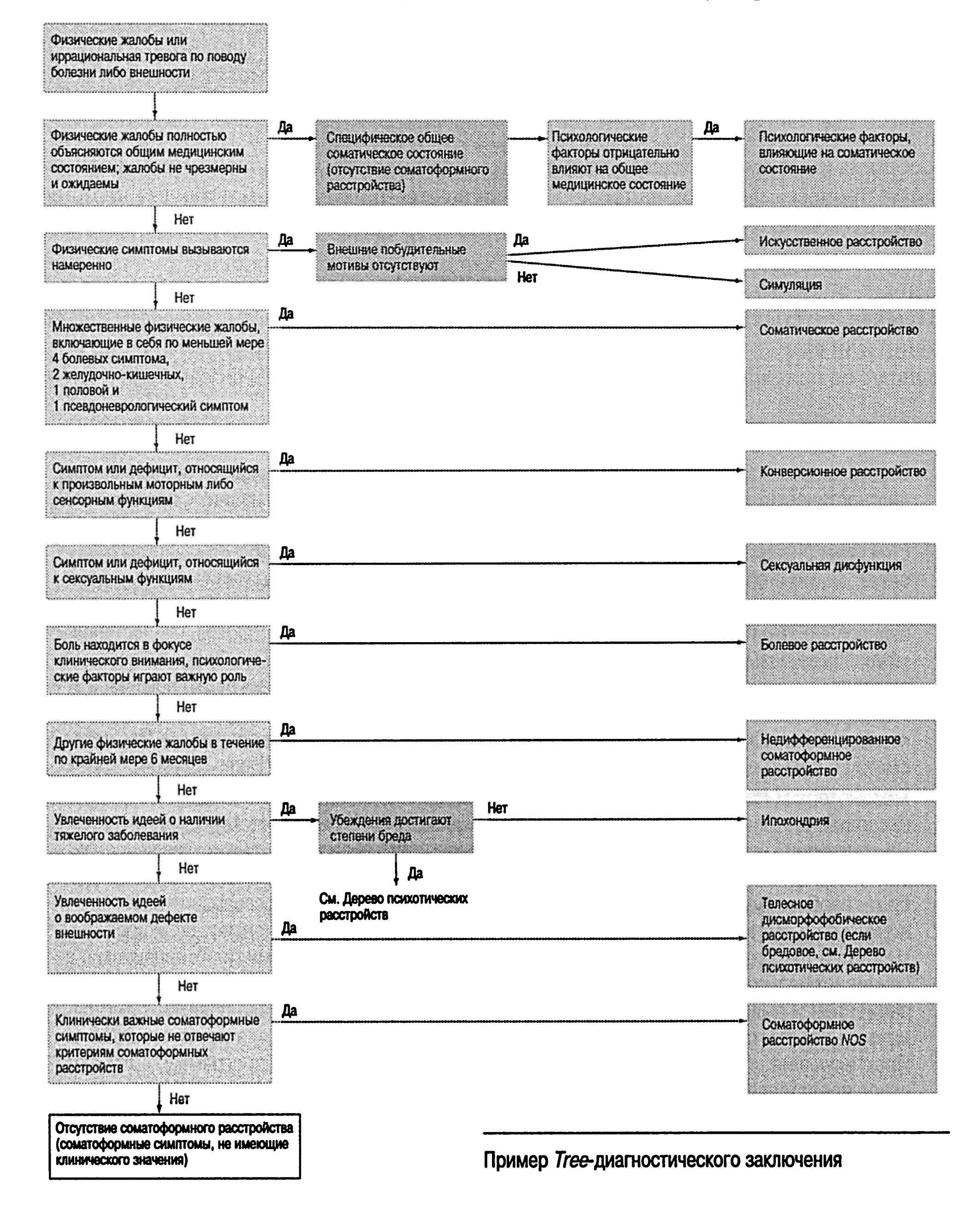
обстановке. Подобный метод может оказаться существенным подспорьем при выявлении тех типов ситуаций (возможно, оставшихся нераспознанными), в которых возникает неадаптивное поведение. Кроме того, многочисленные исследования говорят о том, что самонаблюдение само по себе оказывает благоприятное терапевтическое воздействие на пациента. В качестве альтернативы его могут попросить заполнить бланк более или менее формального самоотчета, касающегося проблемных реакций, наблюдаемых у него в различных ситуациях. В специальной литературе описано множество подобных инструментов, и клиницисты могут приобрести их. С точки зрения такого подхода люди — превосходный источник информации о самих себе. При условии, что будут заданы правильные вопросы и что люди пожелают сообщить информацию о себе, результаты могут оказаться решающими для организации процесса лечения, например дать существенную информацию для планирования схемы бихевиоральной или когнитивно-бихевиоральной терапии.

Рейтинг-шкалы

В случае интервью использование **рейтинг-шкал** в процессе клинического наблюдения или самоотчета помогает не только структурировать информацию, но и повышает ее надежность и объективность (Aiken, 1996). То есть формальная струк-

Стратегия разветвлений для дерева решений предлагает клиницисту серию специфических диагностических вопросов, например: «Присутствуют ли у вас галлюцинации?»; при этом ответы «да» и «нет» определяют соответствующий следующий вопрос до тех пор, пока не удастся утвердиться в одном конкретном диагнозе. Учитывая тот факт, что у клинициста существует возможность предъявления всех необходимых вопросов в систематизированном виде, всю процедуру можно провести и автоматически, с помощью компьютера. Было продемонстрировано, что при наличии соответствующей последовательности вопросов для постановки диагноза возможно эффективное использование компьютера. Майкл Ферст, известный психиатр, получивший также образование в области компьютерного программирования, написал диагностическую программу для *DSM-III-R*, которая широко используется психиатрами как для клинической оценки, так и для лечения. Недавно он подверг программу *D-Tree* пересмотру с целью ее большего соответствия диагнозам *DSM*-IV (First, Williams & Spitzer, 1997). Компьютерная программа *D-Tree* предназначена для оказания помощи специалисту в процессе постановки им диагноза посредством предлагаемых ему соответствующих вопросов. При получении всей необходимой информации компьютер делает заключение о наличии наиболее вероятного диагноза в соответствии *DSM-IV*. В случае, когда клиницист не может собрать необходимую ему информацию для ответов на все вопросы, программа делает остановку и дает ему «подсказку» сделать соответствующие уточнения. Например, если программе *D-Tree* требуется информация о том, страдает ли пациент слуховыми галлюцинациями, а клиницист не в состоянии ответить на этот вопрос, он может провести повторное интервью с пациентом и выяснить недостающие сведения. Программа *D-Tree* стала полезным инструментом для постановки надежного клинического диагноза, а также для изучения *DSM-IV*. Практикующие специалисты, использующие данную компьютерную программу, получают ясное представление о строгих правилах постановки диагноза посредством *DSM-IV* и о том, что, до того как делать какие-либо заключения относительно состояния пациента, необходимо получить строгое подтверждение всех диагностических элементов.

тура шкалы сводит к минимуму влияние самого наблюдателя. Наиболее успешно и широко используются те рейтинг-шкалы, которые позволяют не только фиксировать присутствие или отсутствие признака или поведения, но и степень их выраженности (Streiner & Norman, 1995). Ниже мы приводим пример такой рейтинг-шкалы; наблюдатель должен выбрать наиболее подходящее утверждение.



Пример *Tree*-диагностического заключения

Сексуальное поведение.

1. Сексуальное нападение: агрессивно приближается к мужчинам или женщинам с сексуальными намерениями.
2. Сексуальное приставание: демонстрирует половые органы с сексуальными намерениями, делает открытые сексуальные предложения другим пациентам или персоналу, открыто мастурбирует.
3. Отсутствие открытого сексуального поведения: не увлекается обсуждением сексуальных проблем.
4. Избегает тем, связанных с сексом: испытывает трудности при обсуждении сексуальных проблем, испытывает беспокойство, если кто-нибудь подходит с сексуальными намерениями.
5. Чрезмерная стыдливость в вопросах, связанных с сексом: считает секс грязным, осуждает сексуальное поведение окружающих, испытывает панику, если кто-нибудь приближается с сексуальными намерениями.

Подобные рейтинги можно проводить не только как часть начальной оценки, но и с целью анализа хода или результатов лечения.

Одной из наиболее часто применяющихся в клинической практике и психиатрических исследованиях рейтинг-шкал является Краткая психиатрическая рейтинг-шкала (*Brief psychiatric rating scale — BPRS*). Данная шкала обеспечивает структурированную и количественную оценку таких клинических симптомов, как соматическое состояние, эмоциональная замкнутость, чувство вины, враждебность, подозрительность и неадекватные паттерны мышления. Она содержит 18 подшкал, которые оцениваются клиницистом в процессе беседы с пациентом. Различные паттерны поведения, отраженные рейтингом *BPRS*, позволяют клиницисту провести стандартизованное сравнение симптомов данного пациента с поведением других психиатрических больных (Overall & Hollister, 1982). Согласно оценкам, *BPRS* представляет собой чрезвычайно полезный инструмент для клинических исследований (см., например, Beauford, McNiel & Binder, 1997; Inch, Crossley et. al., 1997), особенно в случае, когда пациентов для лечения необходимо разделить на группы по степени сходства их симптомов. Однако в клинической практике она не получила широкого применения ни в процессе лечения, ни при диагностике. Аналогичный инструмент, но преследующий более специальные цели, Рейтинг-шкала депрессии Гамильтона (*Hamilton rating scale for depression — HRSD*) часто применяется при исследовании индивидов, страдающих клинической депрессией, а также для оценки реакции пациентов на различные способы лечения (Otto, Fava et al., 1997).

Виды клинических наблюдений

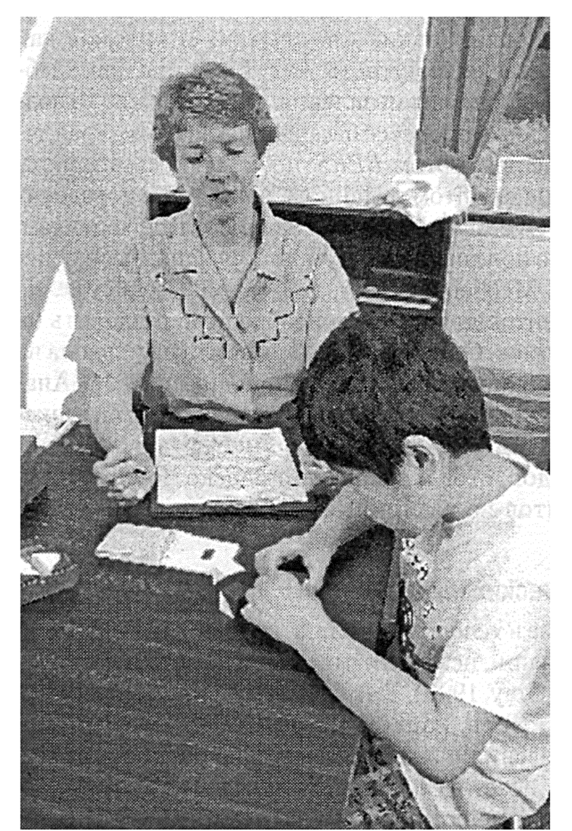
Наблюдения за пациентом, проводимые в условиях клиники обученными наблюдателями, могут дать данные о его поведении, исключительно полезные для дальнейшего лечения (Gaynor, Baird & Nelson-Gray, 1999). Так, Пол и его коллеги (Mariotto, Paul & Licht, 1995; Paul & Lentz, 1977; Rich, Paul & Mariotto, 1988) разработали комплексную программу оценки поведения и экспериментально опробовали ее в ряде бóльниц. Данная программа включает в себя оценку поведения хронически больных пациентов и мониторинг деятельности персонала, работающего с ними.

Благодаря использованию системы рейтинга наблюдений, они смогли фиксировать поведение персонала, связанное с организацией ежедневного ухода за больными, и поведение пациентов в палате. Рейтинги поведения можно использовать для обнаружения специфического поведения отдельных членов любой группы, подлежащего изменению.

Описанные выше методики делают основной упор на внешнем поведении и зачастую упускают из виду не менее важные сопутствующие психические события, то есть мышление индивида. С целью исследования мыслительных процессов пациента психологи снабжают его маленьким электронным зуммером, который подает тихие сигналы через случайные промежутки времени. Услышав этот звук, индивид должен записать мысли, прерванные сигналом. Затем такие «отчеты о мышлении» можно проанализировать с помощью различных методов и использовать для определения личностных свойств, постановки диагноза, равно как и для контроля успешности терапии (Klinger & Kroll-Mensing, 1995).

В ситуациях, когда нельзя наблюдать за поведением индивида в повседневном окружении, например он находится в специальном заведении, можно попросить членов его семьи собраться в клинике или больнице с целью наблюдения и исследования их взаимоотношений и проблем. В других случаях социальный работник собирает необходимые сведения посредством посещений больного на дому, разговаривая с членами семьи и окружающими, наблюдая за стрессорами и ресурсами, существующими в его жизни. Таким путем можно получить важные для оценки данные и, кроме того, включить «наблюдателей» в программу терапии, что облегчает ее реализацию.

В других ситуациях, когда невозможно осуществлять наблюдения в естественном окружении, клиницист может сконструировать



Психолог проводит тест интеллекта *WISC-III*, позволяющий судить о том, насколько успешно ребенок справляется с различными когнитивными задачами. Проведение, оценка и интерпретация результатов теста может потребовать от специалиста значительного времени (нередко 2–3 часа). Поэтому тесты такого типа целесообразно использовать лишь в тех случаях, когда тестирование умственных способностей играет решающую роль для постановки диагноза.

или изобрести условия, позволяющие получать информацию о реакции пациента на те или иные обстоятельства. Например, для человека, страдающего фобическим страхом перед змеями, можно создать ситуацию, в которой ему будут предъявлены изображения змей и предметы, напоминающие их, для того чтобы оценить тяжесть расстройства и степень выраженности реакции избегания.

Для того чтобы дать клиницисту возможность непосредственного наблюдения за поведением клиента, часто используют **ролевые игры**. Примером такой игры может служить ситуация отстаивания кем-либо своих прав. Разыгрывание ситуации не только дает клиницисту информацию для оценки, но и позволяет клиенту приобрести новые навыки.

Психологические тесты

Интервью и наблюдения за поведением представляют собой достаточно непосредственные попытки определения убеждений, установок и проблем человека. С другой стороны, психологические тесты являются более опосредованным способом оценки психологических особенностей. Научно разработанные психологические тесты (в отличие от тех, которые время от времени публикуют для развлечения в журналах и газетах) — это стандартизованные системы заданий для получения образцов поведения; реакции индивида на стандартные раздражители сравнивают с реакциями других людей, обладающих сравнимыми демографическими характеристиками, при этом обычно используют установленные для теста нормы или распределение результатов теста. На основании такого сравнения клиницист делает вывод о степени отличия психологических особенностей индивида от таковых особенностей референтной группы, которая обычно считается психологической нормой. Тесты позволяют оценить способы решения проблем субъектом, его личностные характеристики, ролевое поведение, ценности и мотивы, уровень депрессии или тревожности, интеллектуальную деятельность. Впечатляющий прогресс, достигнутый в технологии тестирования, привел к достаточно высокой надежности и валидности тестов, что позволяет измерять с их помощью почти все психологические характеристики, которые могут значительно варьировать у разных людей.

Психологические тесты гораздо точнее и надежнее интервью и некоторых методов наблюдения, однако они также весьма далеки от совершенства. Их ценность нередко зависит от компетенции клинициста, который занимается их интерпретацией (см. справку 15.3). В целом это полезный диагностический инструмент для психологов в той же степени, как анализы крови, рентгеновские снимки и МРТ-сканирование — для врачей. Иногда удается выявить патологию у тех людей, которые выглядят совершенно здоровыми, а ощущение «недомогания» можно проверить посредством более точной информации. В клинической практике используются две основные категории психологических тестов: **тесты интеллекта и личностные тесты**, которые мы рассмотрим далее.

Тесты интеллекта

Клиницисту предлагается весьма широкий спектр тестов на интеллект. Модифицированная шкала Векслера для оценки интеллекта у детей (*WISC-III*) и современная версия шкалы интеллекта Стэнфорд—Бине широко используются в условиях клиники с целью измерения интеллектуального уровня детей. Возможно, наиболее

широко для измерения интеллектуального уровня взрослых применяется модифицированная шкала Векслера (*WAIS-III*) (Psychological Corporation, 1997). Она включает в себя интеллектуальные и психомоторные задания и состоит из 11 субтестов. Краткое описание двух из этих субтестов проиллюстрирует те функции, которые измеряет *WAIS-III*.

- **Словарный (вербальный)**: субтест представляет собой список слов, из которых испытуемому нужно определить те, которые были представлены предварительно в устной форме. Цель этого задания: оценить словарный запас индивида, который, как доказано, коррелирует с общим интеллектуальным уровнем.
- **Запоминание чисел**: этот субтест, предназначенный для оценки кратковременной памяти, состоит в устном предъявлении испытуемому групп цифр. Задание состоит в повторении цифр в заданной последовательности. В другом задании этого же субтеста необходимо запомнить группу цифр и, удерживая их в памяти, устно воспроизвести в обратной последовательности (Psychological Corporation, 1997).

При индивидуальном применении тестов на интеллект — *WISC-III*, *WAIS-III* и шкала Стэнфорд—Бине — обычно требуется 2–3 часа для проведения, оценки

СПРАВКА 15.3

Автоматизированная практика: использование компьютера в психологическом тестировании

Возможно, наиболее существенными изменениями в клинической оценке за последние 40 лет стали рост изобретательности и использование компьютеров для индивидуальной оценки. Как мы знаем, в процессе диагностики эффективно используют компьютеры как для сбора данных непосредственно от клиента, так и для сопоставления и оценки всей информации, собранной ранее посредством интервью, тестов и других методов (Bloom, 1992). Сравнивая входящую информацию с хранящейся в банках памяти, компьютер способен выполнять широкий спектр задач, связанных с оценкой (Garb, 1995). Он может установить предположительный диагноз, указать на сходство определенных типов поведения, предложить наиболее подходящую форму лечения, предсказать исход, а также составить общее заключение о состоянии субъекта. По успешности выполнения многих из этих функций компьютер превосходит клинициста, поскольку эффективнее и аккуратнее использует хранящийся в нем материал.

По мере повышения эффективности и надежности использования компьютеров в клинической практике можно было бы ожидать почти единодушного одобрения применения их в клиниках. Однако некоторые специалисты возражают даже против использования таких «современных» технологий, как электронная почта, факс и компьютерные формы представления счетов. Далее мы обсудим эти общие проблемы (McMinn, Buchanan et al., 1999).

Некоторые клиницисты неохотно используют компьютерные версии интерпретации тестов, несмотря на их эффективность и низкую стоимость. Даже при условии того, что многие клиники и независимо практикующие специалисты пользуются ноутбуками для ведения записей и представления счетов, гораздо меньшее их количество использует в своей работе компьютерные методы проведения клинической оценки. Существуют следующие возможные причины недостаточно широкого использования компьютерных методов оценки.

и интерпретации их результатов. Многие клиники не обладают кадровыми и финансовыми ресурсами для использования этих тестов. Тестирование интеллектуальных способностей может быть решающей диагностической процедурой в батарее тестов в тех случаях, когда предполагается, что основной проблемой пациента являются интеллектуальные нарушения или органические повреждения головного мозга. Более того, информация о когнитивном функционировании, возможно, станет ключом к нахождению тех ресурсов, которые помогут человеку справиться со своими проблемами (Zetzer & Beutler, 1995). Тем не менее во многих клинических случаях детальное выяснение проблем клиента и осуществление программы лечения не требует знания точной информации о его интеллектуальном функционировании, которую и дают эти тесты. В таких случаях не стоит рекомендовать проведение тестирования интеллекта.

Проективные личностные тесты

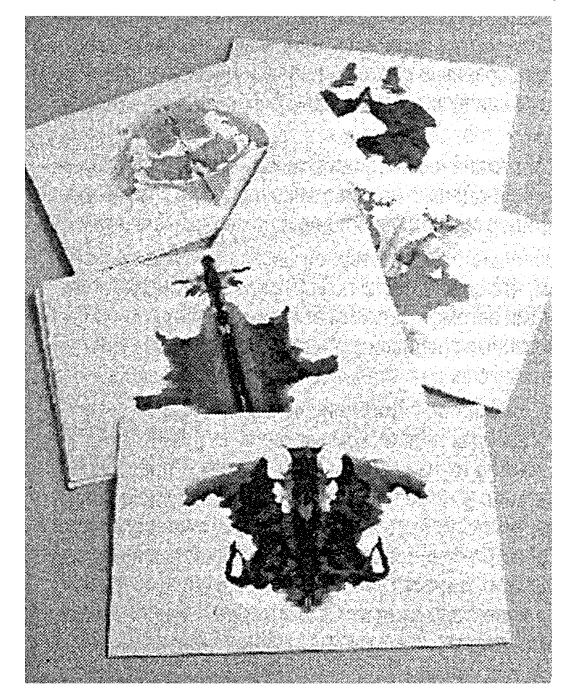
Существует огромное количество тестов, предназначенных для измерения не интеллекта, а иных особенностей человека. Личностные тесты обычно подразделяют на проективные и объективные. **Проективные тесты** не структурированные, поскольку опираются на различные неоднозначные стимулы, например пятна или картин-

- Специалисты, получившие образование до наступления эры компьютеров, могут испытывать дискомфорт при их использовании; у них может не хватать времени на обучение работе на компьютере.
- Многие специалисты сводят свою деятельность к оказанию психологической помощи и не проводят серьезную оценку состояния больных перед тем, как приступить к лечению. Кроме того, многие клиницисты мало заинтересованы в систематической оценке эффективности лечения, что способствовало бы периодическому проведению формальной проверки, или не имеют на это времени.
- Для некоторых клиницистов безличный и механический вид брошюр и анкет, необходимых для проведения компьютеризированной оценки, противоречит образу и стилю теплых и личных отношений, которых они придерживаются в общении со своими клиентами.
- Некоторые клиницисты расценивают проведение компьютерной оценки как угрозу своей деятельности. Некоторые убеждены в том, что специалисты по компьютерной оценке хотят заменить постановку диагноза клиницистами автоматическими отчетами (Matarazzo, 1986). Другие полагают, что менее квалифицированные специалисты смогут использовать эти отчеты в своей работе и составить конкуренцию специалистам с высокой квалификацией.

Многие из этих соображений напоминают те опасения, которые испытывали работники промышленности при внедрении на фабриках и заводах первых компьютеров. Угрожает ли специалистам в области душевного здоровья замена их на компьютеры? Нет. При проведении психологической оценки компьютеры обречены на вспомогательную роль, так как имеют внутренние ограничения для этого процесса. Они не смогут быть полезными и на самом деле даже принесут вред, если их использовать как единственное средство оценки. Именно клиницист должен играть руководящую роль и нести ответственность за оценку. Неквалифицированного специалиста, полностью зависящего в своей деятельности от компьютерных отчетов, очень быстро разоблачат и обвинят в некомпетентности.

ки, а не на четкие вербальные вопросы; реакции тестируемого не ограничиваются ответами «истинно», «ложно» или «затрудняюсь сказать». Интерпретируя подобные стимульные материалы, пациенты в значительной степени демонстрируют свои увлечения, конфликты, мотивы, методы решения проблем и другие личностные особенности. В основе использования проективных техник лежит следующее предположение: пытаясь прояснить туманные, неструктурированные стимулы, индивид «проецирует» на ситуацию свои собственные проблемы, мотивы и желания, поскольку ему не на что больше полагаться при формулировке ответа (Lerner, 1995). Такие ответы аналогичны поиску детьми знакомых образов в нагромождении облаков, за исключением того, что в случае тестов все стимулы фиксированны и одинаковы для всех субъектов. Именно последние обстоятельства и позволяют определить нормативный спектр ответных реакций на тестовые материалы, которые, в свою очередь, можно использовать для идентификации объективно девиантного реагирования. Таким образом, проективные тесты направлены на выяснение того, каким образом прошлый опыт индивида и структура его личности определяют организацию и восприятие им неоднозначной информации из окружающей среды. Самыми знаменитыми среди наиболее часто используемых проективных тестов являются тест пятен Роршаха, тест тематической апперцепции и тест незаконченных предложений.

Тест Роршаха, получивший свое название в честь швейцарского психиатра Германа Роршаха, который в 1911 году начал экспериментальное использование чернильных пятен для личностной оценки. Тест использует набор из десяти пятен, на которые тестируемый субъект реагирует после получения следующих инструкций (Exner, 1993): «Люди могут увидеть различные вещи в этих пятнах; сейчас скажите мне, что видите вы, о чем это заставляет вас думать и что это означает для вас». Приведенный ниже отрывок взят из рассказа субъекта об одном пятне: «Это выглядит как два человека, демонстрирующие свои гениталии. Между ними только что произошла жестокая драка, и стена залита кровью. В руках у них ножи или острые инструменты, и они только что разрезали какое-то тело. Они уже вытащили легкие и другие органы. Тело расчленено... не осталось ничего, кроме панциря... тазовой области. Они сражались за право закончить расчленение... подобно двум стервятникам, слетевшимся на падаль...»



Тест Роршаха, использующий чернильные пятна, аналогичные тем, которые изображены на этой иллюстрации, — один из хорошо известных проективных тестов.

Чрезвычайно кровопролитное, жестокое содержание этого рассказа не было присуще ни этому пятну, ни каким-либо иным из той же серии. Ответственный исследователь не делает заключений на основании единственного случая, однако содержание этого рассказа совпадало с другими данными, полученными об этом субъекте. Пациенту был поставлен диагноз: асоциальная личность с сильно выраженной враждебностью.

Использование теста Роршаха для клинической оценки достаточно сложно и требует серьезного обучения (Exner & Weiner, 1995; Weiner, 1998). Существуют различные варианты применения теста; иногда в процессе диагностики специалист затрачивает на его проведение несколько часов. Следовательно, возникает конкуренция между тестированием и предоставлением других важных клинических услуг. Более того, результаты теста Роршаха могут оказаться ненадежными из-за субъективной природы их интерпретации. Например, интерпретаторы могут разойтись во мнении по поводу заявления: «дом в огне». Один специалист интерпретирует это как выражение сильного чувства тревоги, тогда как другой может предположить, что пациент хочет устроить пожар. Следующей причиной снижения частоты использования в настоящее время проективных тестов служит тот факт, что применяемые современные клинические методы требуют описания специфического поведения, а не глубокой личностной динамики, которая, как правило, и является результатом интерпретации теста Роршаха (см. текст на след. странице).

Тест Роршаха в какой-то степени несправедливо подвергался критике за низкую валидность или ее отсутствие. Было продемонстрировано, что в руках опытного интерпретатора тест Роршаха может выявить определенные психодинамические проблемы, например влияние бессознательной мотивации на восприятие окружающих. Более того, были предприняты попытки выйти за пределы оригинального дискурсивного и свободного подхода к интерпретации и сделать интерпретацию теста Роршаха объективной посредством ясной спецификации тестовых переменных и эмпирического исследования их связи с внешними критериями, например клиническим диагнозом (Exner, 1995). Однако исследователям не удалось продемонстрировать, что с помощью теста Роршаха можно получить валидную информацию, более ценную, чем та, которую дает нам использование других, более экономичных инструментов.

Тест Роршаха, хотя и считающийся субъективным инструментом, предназначенным для изучения личности человека как уникально организованной системы («идиографического» исследования), недавно был адаптирован для компьютерной интерпретации. Экснер (Exner, 1987) разработал программу компьютерной интерпретации теста Роршаха. Данная программа после введения результатов осуществляет подсчет баллов и предлагает перечень наиболее вероятных личностных особенностей, а также характеристику уровня адаптации человека (см. врезку на с. 974). Программа Экснера может противостоять нападкам критиков, обвиняющих интерпретацию теста Роршаха в ненадежности, потому что на выходе компьютер дает надежный и инвариантный набор описаний для каждого тестируемого. Если клиницисты придут к согласию по поводу оценки конкретных ответов, то заключение компьютера, то есть интерпретация, также не будет вызывать разногласий. Бучер и Роуз (Butcher & Rouse, 1996) недавно подготовили обзор литературы по проблеме клинической оценки, опубликованной на протяжении последних 20 лет,

в том числе и по основным методам клинической оценки. Авторы обнаружили, что тест Роршаха был вторым по частоте использования клиническим инструментом. Первое место принадлежало *MMPI/MMPI-2* (который мы обсудим далее).

Тест тематической апперцепции (ТАТ)

ТАТ был введен в практику в 1935 году его авторами, К. Д. Морганом и Генри Мюрреем из Гарвардской психологической клиники. Он широко применяется в клинической практике и в настоящее время (Rossini & Moretti, 1997). В ТАТ используется серия простых картинок с изображением достаточно неопределенных ситуаций, на основании которых субъект должен придумать историю. Сюжеты картинок, на большинстве из которых изображены люди в различном контексте, не совсем ясны и допускают неоднозначную интерпретацию, поэтому субъект склонен проецировать на них свои собственные конфликты и тревоги.

Было разработано несколько систем подсчета баллов и интерпретации, которые основываются на различных аспектах историй, рассказанных субъектом: на выражении его потребностей (Atkinson, 1992), на восприятии человеком реальности

Семантическая интерпретация протокола теста Роршаха, использующая комплексную систему (© 1976, 1985 John E. Exner, Jr)

Следующая компьютерная интерпретация получена исключительно на основании структурных данных записи и не включает в себя анализ результатов, продемонстрированных при выполнении вербальных тестов. Предполагается, что она послужит руководством специалисту, интерпретирующему весь протокол, и окажет помощь в исследовании и проверке гипотезы, построенной на основе обнаруженных фактов.

* * *

1. Запись валидна и пригодна для интерпретации.
2. Человек принадлежит к тому типу людей, которые склонны упрощать стимулы для того, чтобы сделать мир менее угрожающим и/или снизить требования, предъявляемые окружающим миром. Этот стиль решения проблемы особенно сильно проявляется при возникновении новой ситуации и/или стрессоров. В крайней форме (что, по-видимому, происходит в данном случае) субъект часто испытывает социальные затруднения, поскольку его стиль порождает пренебрежение к требованиям и/или ожиданиям со стороны окружающих.
3. Обычно у субъекта достаточно ресурсов для осмысленной формулировки ответа. Толерантность к стрессу у него, как правило, аналогична уровню толерантности у большинства людей; как правило, он контролирует желания до тех пор, пока не сталкивается с неожиданным, интенсивным или неоправданно продолжительным стрессом.
4. Есть указания на то, что субъект испытывает сильное субъективное чувство дистресса.
5. Данный субъект склонен гораздо сильнее, чем остальные, интернализовать свои чувства; это часто приводит к дискомфорту, выражающемуся в виде напряжения и/или тревожности.
6. Данный человек относится к такому типу людей, которые предпочитают откладывать реакцию на трудную ситуацию до тех пор, пока у них не будет достаточно времени, чтобы рассмотреть возможные варианты ответа и последствия. Такие люди предпочитают в подобных ситуациях отставить в сторону свои эмоции.
7. Тестируемый склонен уделять внимание созданию фантазий, которые помогают ему игнорировать мир, а не непосредственному решению стоящей перед ним задачи. Это серьезная проблема, по-

(Arnold, 1962) и на его фантазиях (Klinger, 1979). В целом на использование любой из этих систем уходит много времени, и имеется мало свидетельств тому, что они вносят существенный клинический вклад. Как следствие, клиницист чаще всего просто на основе субъективной оценки подробно и внимательно определяет то, каким образом содержание истории отражает глубинные характеристики человека, его мотивы и интересы. Такие интерпретации в равной степени являются как наукой, так и искусством. При проведении данной неформальной процедуры всегда остается большой простор для ошибок.

Примером того, как в историях ТАТ отражаются проблемы клиента, может послужить следующий рассказ, составленный на основе сюжета рисунка 1 (на нем изображен мальчик, который смотрит на скрипку, лежащую перед ним на столе). Клиент — Дэвид, 15-летний подросток, направленный в клинику, поскольку его родители были обеспокоены замкнутостью и плохой успеваемостью сына в школе.

Разбор случая: прохождение Дэвидом ТАТ. В целом в процессе тестирования Дэвид выражал готовность к сотрудничеству, хотя и не проявлял эмоций и энтузиазма. Когда ему дали карточку 1 из ТАТ, он в течение минуты молча изучал рисунок.

скольку базовый стиль решения жизненных ситуаций направлен на бегство, а не на адаптацию к внешнему миру.

8. Человек подобного типа консервативен в своих взглядах, ценностях и установках. Такие люди испытывают трудности при смене перспективы или точки зрения.
9. Существует большая вероятность того, что этот человек не любит проявлять инициативу и склонен играть пассивную роль в решении проблем и в межличностных отношениях.
10. Этот субъект в отличие от большинства взрослых людей не модулирует демонстрацию эмоций и вследствие этого чувства очень сильно влияют на его решения и поведение.
11. Этого человека привлекает возможность находиться рядом с эмоциональными стимулами, что может приводить к серьезным трудностям при адаптации вследствие проблем с контролем. То есть чем сильнее эмоциональные стимулы, тем сильнее его потребность к эмоциональному обмену. Если такой обмен контролируется недостаточно, то могут легко возникнуть проблемы.
12. Данный субъект не испытывает потребности в близости, типичной для большинства людей. Как следствие, такие люди чувствуют себя менее комфортно в ситуациях межличностного общения, определенные трудности при завязывании и поддержании глубоких отношений, сильнее озабочены вопросами личного пространства и могут казаться более настороженными по отношению к другим и/или держаться от них на большей дистанции.
13. Этот человек интересуется окружающими, так же как большинство взрослых и детей. Однако у него, по-видимому, отсутствует реалистическое понимание людей. Представления об окружающих возникают на основании воображения, а не реального опыта.
14. По-видимому, субъект необычайно озабочен проблемами своего тела.
15. По-видимому, субъекта очень интересуют сексуальные вопросы.
16. Данный человек склонен интерпретировать ключевые сигналы уникальным и слишком индивидуальным способом. Такие люди часто рассматривают мир со своей собственной точки зрения и мало озабочены тем, чтобы быть принятыми окружающими.
17. Несмотря на упомянутую выше тенденцию к ошибочной или слишком индивидуализированной интерпретации ключевых сигналов, этот человек склонен реагировать на ситуации общепринятым способом. Стандартные и ожидаемые ответные реакции очевидны и легко идентифицируются.

«Я думаю, что это ... ммм... пулемет... да, это пулемет. Парень смотрит на него. Может быть, ему подарили его на день рождения, или он украл его где-то, или что-нибудь еще». (Пауза. Исследователь напоминает мальчику, что он должен составить рассказ по картинке.)

«Хорошо. Этот мальчик, я назову его Карл, нашел этот пулемет... Автоматическую винтовку Браунинга... в своем гараже. Он спрятал ее в своей комнате, чтобы защищаться. Однажды он решил взять ее с собой в школу, чтобы утихомирить шутников, которые там верховодили. Когда мальчик вошел в комнату, где стояли шкафчики с вещами, он прицелился в главного шутника, Эймоса. С тех пор никто больше не трогал Карла, поскольку знали, что у него в шкафчике хранится автоматическая винтовка».

Из этой истории было ясно, что Дэвид испытывал сильную фрустрацию и гнев. Степень этого гнева отражал тот факт, что скрипку на рисунке он принял за пулемет — потенциальное орудие насилия. Клиницист сделал вывод о том, что Дэвид чувствовал угрозу не только в школе, но и дома, где он нуждался в защите. Этот пример показывает, как истории, составленные на основе карточек ТАТ, могут дать клиницисту информацию о конфликтах и тревогах человека, равно как и ключ к тому, как можно справиться с этими проблемами.

В последние годы ТАТ неоднократно критиковали. Стимулы, используемые в тесте, устарели: картинки, разработанные в 1930-е годы, непонятны многим нашим

18. По большей части когнитивная деятельность данного субъекта не такая сложная и зрелая, как следовало бы ожидать. Это может быть следствием задержки развития, дезорганизации или просто отражать его нежелание привлекать все ресурсы для выполнения задания.
19. Субъект склонен поспешно и бессистемно исследовать поле стимулов. Люди такого типа часто принимают преждевременные и ошибочные решения просто потому, что они не переработали адекватно всю имевшуюся в их распоряжении информацию. Это не следует путать с импульсивностью, хотя некоторые решения и поведение такого человека иногда могут нести на себе ее отпечаток. Подобная ситуация проистекает из пренебрежения к методичному исследованию и построению тактики, что может быть следствием перцептивного дефицита, психологической привычки, укоренившейся в раннем детстве, или нарушений когнитивного ряда, обусловленных неврологическими или психопатологическими проблемами. Следует также отметить, что в рассматриваемом случае сочетание поспешности при исследовании поля стимулов и ограниченного эмоционального контроля является важным фактором, ведущим к импульсивному поведению.
20. Данный человек обычно ищет экономный подход к решению проблемы или старается сосредоточиться на более легко решаемых аспектах ситуации. Он пренебрегает более широкими вопросами, которые могут возникнуть в этой связи. Это типично для многих людей и может быть ценным качеством. Однако анализ общих вопросов может быть необходим в более сложных и насущных ситуациях, где для достижения эффективного результата требуется более высокий уровень мотивации и большие усилия.
21. Намечая цели, этот человек проявляет консерватизм. Обычно люди такого типа хотят заниматься только тем, что сулит значительный успех.
22. Этот субъект использует интеллектуализацию в качестве основной тактики преодоления эмоциональных переживаний и стрессов. Люди такого типа часто сопротивляются на первых стадиях терапевтического вмешательства, поскольку тенденция к отрицанию заставляет их всячески избегать эмоциональной конфронтации.

* * * Конец отчета * * *

современникам, которым трудно идентифицировать персонажи на рисунках. Испытуемые часто начинают свой рассказ со слов: «Это что-то вроде того, что я видел в старом кино». Кроме того, ТАТ может потребовать значительных временны́х затрат для проведения и интерпретации. Интерпретация ответов ТАТ носит субъективный характер и ограничивает надежность и валидность теста. Однако необходимо подчеркнуть, что многие исследователи, особенно те, кто приобрел опыт в процессе длительного использования данного теста, способны удивительно точно интерпретировать составленные по его картинкам истории. Обычно им трудно передать свои навыки другим людям. Это вполне закономерно и указывает на то, что такие навыки в определенной степени являются искусством.

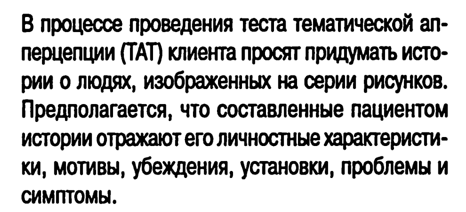
Тест незаконченных предложений — еще один проективный метод, который доказал свою полезность для личностной оценки, является тест незаконченных предложений. Существует огромное количество подобных тестов, рассчитанных на детей, подростков и взрослых (см., например: Novy, Blumentritt et. al., 1997). Эти тесты состоят из начала предложений, которые субъект должен закончить:

1. Я хочу ______________________________
2. Моя мать ______________________________
3. Секс ______________________________
4. Я ненавижу ______________________________
5. Люди ______________________________

Тесты незаконченных предложений, в чем-то связанные с методом свободных ассоциаций, более структурированы, чем тест Роршаха и большинство остальных проективных тестов. Они помогают исследователю найти ключи к пониманию проблем, установок и симптомов индивида на основании содержания его ответов. Однако интерпретация ответов в целом субъективна и ненадежна. Несмотря на тот факт, что тестовые стимулы (стержни предложения) стандартны, интерпретация обычно производится в манере *по отношению к этому* и *специально для этого* и без соблюдения норм.

Подводя итог, можно сказать, что проективные тесты играют важную роль во многих клинических учреждениях, особенно там, где делают попытку получения всесторонней картины психодинамического функционирования человека и где





В процессе проведения теста тематической апперцепции (ТАТ) клиента просят придумать истории о людях, изображенных на серии рисунков. Предполагается, что составленные пациентом истории отражают его личностные характеристики, мотивы, убеждения, установки, проблемы и симптомы.

имеется обученный персонал, способный проводить широкие индивидуальные психологические оценки. Основное достоинство проективных методов — их неструктурированность и основной упор на уникальные аспекты личности — в то же время является их слабостью, поскольку делает интерпретацию субъективной, ненадежной и с трудом поддающейся валидизации. Более того, проективные тесты обычно требует значительного времени для проведения и навыков интерпретации, отсутствием чего страдают многие клиники.

Объективные личностные тесты

Объективные личностные тесты структурированы: обычно они представляют собой анкеты, карты самооценки или рейтинг-шкалы, в которых вопросы или утверждения тщательно сформулированы, и в качестве выбора указаны альтернативные ответы. Следовательно, их формат легче контролировать по сравнению с проективными тестами. Таким образом, они более пригодны для объективной количественной оценки. К достоинствам квантификации относятся точность, которая, в свою очередь, повышает надежность результатов теста.

MMPI. Одним из основных структурированных тестов для личностной оценки стал Миннесотский многопрофильный личностный опросник (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory — MMPI*), модифицированный в 1989 году и в настоящее время называющийся *MMPI*-2. Мы остановимся на нем, поскольку во многих отношениях он представляет собой прототип и стандарт для тестов подобного класса.

После нескольких лет разработки *MMPI,* Старк Хатауэй и К. Мак-Кинли ввели его широкое применение в 1943 году. Сегодня — это личностный тест, наиболее широко используемый в Соединенных Штатах как для клинической оценки, так и исследования психопатологии (Lees-Haley, Smith et al., 1996; Piotrowski & Keller, 1992), а также оценочный инструмент, работе с которым чаще всего обучают в процессе курса аспирантских программ по клинической психологии (Piotrowski & Zalewski, 1993). Более того, переведенные на другие языки версии опросника получили широкую международную популярность (оригинальная версия *MMPI* была переведена более чем на 115 языков и использовалась более чем в 46 странах [Butcher, 1984]). Модифицированный вариант *MMPI* получил еще большее распространение и с момента опубликования в 1989 году был переведен еще на 25 языков (Butcher, 1996).

Оригинальная версия *MMPI,* своего рода метод самоотчета, состоит из 550 пунктов, охватывающих темы от физического здоровья и психологического состояния до моральных и социальных установок. Обычно субъектов просили ответить на вопросы либо «да», либо «нет». Ниже в качестве примера приводится несколько пунктов из этого опросника.

Обычно я стою на своем до тех пор, пока окружающие не потеряют терпение. Да/Нет

Плохие слова, часто просто ужасные, приходят мне на ум, и я не могу с ними справиться. Да/Нет

Я часто чувствую, что вещи нереальны. Да/Нет

У кого-то есть это для меня. Да/Нет

(Hathaway & McKinley, 1951, p. 28)

Клинические шкалы *MMPI*. Вопросы анкеты были сначала предложены большой группе нормальных индивидов (получивших название «нормальные из Миннесоты») и нескольким достаточно однородным группам пациентов, у которых были диагностированы определенные психиатрические расстройства. Затем все ответы были проанализированы по каждому пункту с целью определения различий по каждой группе. На основании полученных данных было построено 10 клинических шкал; фиксировался ответ пациента одной из групп и в противоположность ему преобладающий ответ, полученный в группе нормальных индивидов. Этот достаточно хитроумный метод отбора ответов для подсчета, известный как эмпирическая работа с ключами, был впервые применен для *MMPI* и, несомненно, обеспечил мощность полученного инструмента. Следует подчеркнуть, что здесь не рассматриваются субъективные рассуждения о значении «истинных» и «ложных» ответов на любой из пунктов; имеет значение лишь то, совпадает или нет ответ с девиантным ответом, данным пациентом из какой-либо группы. Если паттерн правильных и ложных ответов тестируемого совпадает с паттерном определенной патологической группы, есть все основания предположить, что у данного индивида отмечаются и все остальные психиатрически значимые характеристики этой группы, то есть «психологически» он может быть ее членом (см. профиль *MMPI* для Эстебана в справке 15.4).

Таким образом, каждая из этих десяти «клинических» шкал измеряет склонность к реагированию психологически девиантным образом. Необработанные, «сырые» оценки по этим шкалам сравнивают с соответствующими показателями для нормальной популяции, многие из которых в действительности дали несколько ответов, приближающихся к критическим отклонениям; результаты наносят на стандартную форму профиля *MMPI*. Соединив с помощью линии показатели по различным шкалам, клиницист может построить профиль, показывающий, насколько сильно деятельность пациента по каждой из этих шкал отклоняется от нормы. Шкала шизофрении, например (чтобы еще раз подчеркнуть основную стратегию), включает в себя те пункты, по которым ответы пациентов-шизофреников в значительной мере отличаются от реакции нормальных индивидов. Люди с высоким (по сравнению с нормой) показателем по этой шкале, хотя и не обязательно являются шизофрениками, часто демонстрируют черты, типичные для шизофренической популяции. Например, люди, набравшие много баллов по данной шкале, могут быть социально неадаптированными, замкнутыми и обладать специфическим мышлением; иногда у них нарушен контакт с реальностью, а в тяжелых случаях наблюдаются галлюцинации и бред.

MMPI также включает в себя несколько шкал валидности с целью определения, насколько честно и откровенно отвечал на вопросы тестируемый субъект. Например, одна из шкал выявляет ложь или притязания на чрезмерную добродетельность, несколько шкал позволяют обнаружить проявления симуляции или притворства. Высокие показатели по этим шкалам могут сделать тест невалидным. В свою очередь, интерпретация более низких показателей зачастую возможна лишь при наличии интуиции и опыта клинициста. Помимо шкал валидности и 10 клинических шкал предусмотрены шкалы «особых» проблем, позволяющие, например, выявить злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами, супружеские проблемы и посттравматический стрессовый синдром.

В клиниках для выявления личностных особенностей пациента и клинических проблем *MMPI* используется с различными целями. Возможно, чаще всего *MMPI* применяется как *диагностический стандарт*. Как мы знаем, паттерн профиля индивида сравнивают с профилями пациентов из определенных групп. Если профиль совпадает с паттерном какой-либо группы, информация о пациентах этой группы позволяет предложить *описательный диагноз* для исследуемого пациента. Другой подход к интерпретации *MMPI*, *интерпретация содержания*, используется для дополнения коррелятов, полученных с помощью описанного выше подхода. В этом

СПРАВКА 15.4

Профиль *MMPI*-2 Эстебана и компьютерный отчет

Эстебана сначала протестировали с помощью оригинального варианта *MMPI*. Затем Дж. Н. Бутчер (Butcher, 1993) перевел его ответы в формат *MMPI*-2. Был составлен компьютерный отчет согласно нормам *MMPI*-2. Шкалы валидности показаны на рисунке, расположенном после справки, в левой колонке, в которой написано «мужчина». Клинические шкалы приведены справа. В эту версию профиля не включены специальные шкалы. Описание всех шкал представлено в табл. 15.1. Исходя из количества баллов, набранных тестируемым индивидом, и тех, которые мы видим на диаграмме, компьютер выдал описание, приведенное ниже. Гипотезы о психологическом функционировании Эстебана на основании компьютерной обработки результатов (по программе Экснера) выполненного им теста Роршаха были приведены ранее (см. с. 974).

Компьютерный отчет: *MMPI*-2

Профиль валидности: данный профиль *MMPI*-2 следует интерпретировать весьма осторожно. Существует некоторая вероятность того, что клинический отчет дает преувеличенную картину нынешнего состояния Эстебана. В нем указано необычно большое количество психологических проблем и симптомов. Следует исследовать его отношение к тестированию для того, чтобы решить, является ли паттерн его ответов валидным. Значительное количество «крайних» ответов может быть следствием слабых навыков чтения, замешательства, дезориентации, стресса или желания привлечь внимание к своим проблемам. Клинические пациенты с таким профилем часто выглядят растерянными и испытывают трудности с концентрацией внимания, кроме того, у них выявляются проблемы памяти. Могут присутствовать доказательства бреда и расстройств мышления.

Симптоматический паттерн: профиль *MMPI*-2 Эстебана отражает высокую степень психологического расстройства в момент проведения тестирования. У пациента наблюдается смешанный паттерн психологических симптомов. Он выглядит напряженным, апатичным и замкнутым; у него выявляются нарушения личности. Эстебан находится в замешательстве и дезорганизован, возможно, втайне он сожалеет о своих необычных убеждениях и подозрениях. Для индивидов с таким профилем характерны аутичное поведение и неадекватные эмоциональные реакции. Присутствуют некоторые доказательства наличия активного психотического процесса. Нередко наблюдаются бредовая и оккультная увлеченность; индивид может чувствовать, что окружающие враждебно относятся к его убеждениям. Отвечая на вопросы интервью, он склонен к двусмысленности, к излишним подробностям и часто уклоняется от темы; возможно, он увлечен абстрактными идеями.

Такой человек испытывает трудности с концентрацией внимания, ажитацию, а его функционирование находится на очень низком уровне психологической эффективности. У него наблюдаются апатия и безразличие, он чувствует себя лишь пассивным участником жизни. Он чув-

случае клиницист сосредоточивает свое внимание на тематике ответов тестируемого субъекта. Например, если индивид выбирает необычайно большое количество пунктов о страхе, можно сделать заключение о том, что он озабочен страхами.

Критика *MMPI*. Оригинальная версия *MMPI,* хотя и является наиболее широко используемым способом количественной оценки личности, неоднократно подвергалась критике. Некоторые клиницисты психодинамической ориентации пришли к выводу, что данный опросник (подобно остальным структурированным, объективным тестам) носит поверхностный характер и не отражает адекватно все

ствует также, что у него слишком мало энергии, чтобы, помимо выживания, тратить ее на получение каких-то жизненных удовольствий. Индивид может демонстрировать признаки серьезной психопатологии, например бреда, проблемы мышления и неадекватные эмоциональные реакции. Поведение в процессе работы и отсутствие успехов в течение длительного времени порождают у него много проблем.

Многие индивиды с таким профилем личности размышляют о самоубийстве; у Эстебана также могут быть серьезные планы относительно саморазрушения.

Он страдает от определенных конфликтов относительно своей полоролевой идентичности, выглядит в чем-то пассивным и женственным в своем восприятии жизни. Он может чувствовать себя неуверенно в мужской роли и испытывать некоторый дискомфорт в отношениях с женщинами.

Содержание ответов Эстебана указывает на то, что он озабочен чувством вины и собственной недостойности, считает, что заслуживает наказания за все совершенные ошибки. Он испытывает сожаление по поводу собственной судьбы, чувствует себя несчастным, жалуется на то, что в жизни не хватает «изюминки», его мучают тревога и беспокойство по поводу будущего. Исходя из содержания его ответов, можно предположить наличие высокой вероятности того, что он готов к самоубийству. Необходимо провести тщательный анализ такой возможности. Он считает, что его физическое здоровье ухудшается и высказывает множество соматических жалоб. Эстебан считает, что жизнь более не имеет смысла и что он теряет контроль над собой. Содержание его ответов говорит о том, что он испытывает более сильные переживания, чем окружающие.

Межличностные отношения: для индивидов с профилем личности такого типа характерны нарушения межличностных отношений. Эстебан испытывает боль от душевных ран, полученных в процессе взаимодействия с окружающими. Он чувствует недоверие к людям и, возможно, у него никогда не сформируются тесные, удовлетворительные межличностные связи. В этих отношениях он чувствует опасность для себя, озабочен чувством вины и самообороной. Многие индивиды с таким профилем личности настолько поглощены собой и лишены навыков сексуального поведения, что у них никогда не развиваются удовлетворительные гетеросексуальные отношения. Некоторые так никогда и не вступают в брак.

Стабильность поведения: нередко индивиды с таким личностным профилем постоянно ведут бурную, хаотичную жизнь.

Диагностические предположения: наиболее вероятным диагнозом для индивидов с таким профилем *MMPI* является шизофрения, возможно, параноидного типа, или параноидное расстройство. Такие клиенты также склонны демонстрировать признаки аффективных расстройств. Кроме того, они нередко демонстрируют долговременный паттерн недостаточной адаптации, что характерно для людей с тяжелыми расстройствами личности.

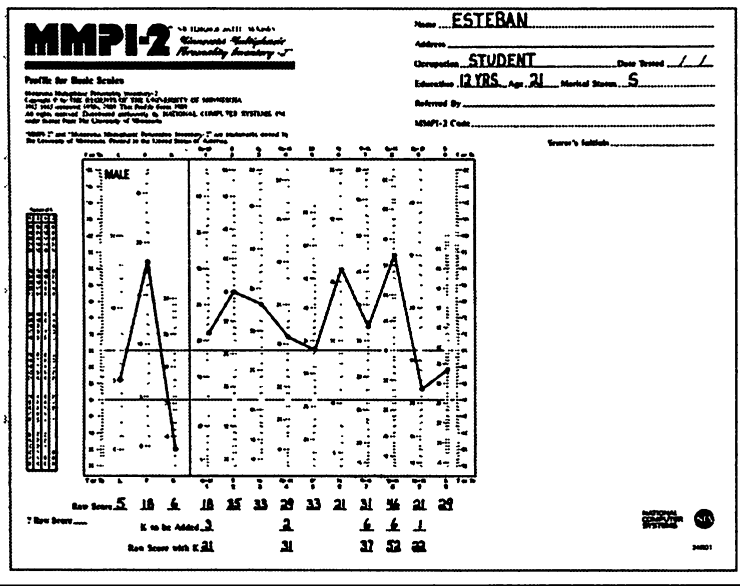
проблемы тестируемого индивида. С другой стороны, ряд критиков бихевиористской ориентации критиковали *MMPI* и фактически все личностные тесты за то, что те слишком сильно ориентированы на измерение ненаблюдаемых «придуманных» конструктов, таких как черты характера.

Наиболее серьезной критике подвергался последний, модифицированный вариант *MMPI*. Первая версия *MMPI* возникла в начале 1940-х годов. В ответ на эту

Поскольку такой поведенческий паттерн может также ассоциироваться с органическим мозговым синдромом или органическим психическим расстройством, вызванным употреблением каких-либо веществ, данные возможности следует рассмотреть дополнительно.

Планирование лечения: Индивиды с таким профилем личности могут страдать от выраженных личностных нарушений, им может потребоваться госпитализация, если их сочтут опасными для себя или окружающих.

Лечение психотропными препаратами может уменьшить у них нарушения мышления и расстройства настроения. Амбулаторное лечение часто затрудняется их регрессивным или дезорганизованным поведением. Жизненные ситуации с множеством проблем и трудностей, которые формируют межличностные отношения, делают пациентов с таким профилем *MMPI* плохими кандидатами для терапии, направленной на формирование адекватного представления о себе и окружающих. Для стабилизации условий окружающей среды для них могут оказаться полезными программы в рамках дневного стационара или других аналогичных учреждений. Долгосрочная адаптация таких пациентов трудно достижима. С целью структурирования их деятельности часто оказываются полезными краткосрочные контакты в процессе терапии «менеджмента». Как правило, инсайт-ориентированная терапия и терапия посредством формирования адекватного представления о себе и окружающих мало полезны для индивидов с такими серьезными проблемами и на самом деле могут даже усугубить симптомы. Возможно, у Эстебана возникнут проблемы с установлением доверительных рабочих отношений с терапевтом.



критику издатель финансировал исследования, направленные на его доработку. Новый, модифицированный вариант опросника, получивший название *MMPI*-2 для взрослых, стал доступным для широкого профессионального использования в середине 1989 года (Butcher et al., 1989), а в 1992 году вышел в свет *MMPI-A* для подростков (Butcher et al., 1992). В начале высказывались некоторые опасения, возможно, неизбежные в свете отличий нового теста от предыдущего и в то же время достаточной схожести с ним. Однако в настоящее время *MMPI*-2 успешно сменил первый оригинальный инструмент, который более не используется. Модифицированные версии *MMPI* прошли валидизацию в ходе нескольких клинических исследований (Archer, Riffin & Aiduk, 1995; Butcher, Rousean & Perry, 1998).

MMPI-2 был разработан для устранения проблем, выявленных при использовании *MMPI*. Мы остановимся подробнее на использовании *MMPI*-2 для клинической оценки. Шкалы, включенные в стандартную оригинальную форму профиля *MMPI*-2, описаны в табл. 15.1.

Оригинальный набор пунктов был отредактирован и модернизирован с целью изъятия устаревших выражений и отказа от пунктов, вызывающих возражения (примерно 14% всех пунктов потребовали изменения). Были добавлены пункты, позволяющие получить дополнительную информацию, например о податливости к лечению, о поведении типа *A*, суициде и личностных проблемах. Кроме того, разработаны два отдельных списка вопросов: форма для взрослых и форма для подростков, названная *MMPI-A*. Новая нормативная выборка взрослых для *MMPI*-2 — 2600 субъектов, выбранных случайным образом в семи общинах на всей территории Соединенных Штатов — значительно более репрезентативна для населения США, чем оригинальная выборка *MMPI*. Были предприняты усилия для того, чтобы включить в выборку репрезентативные группы различной расовой и этнической принадлежности, разных возрастных категорий и социальных классов.

Таблица 15.1

Шкалы *MMPI-2*

Шкалы валидности	
Невозможно назвать количество баллов (?)	Измеряет общее количество пунктов, на которые не был дан ответ
Шкала лжи (*L*)	Измеряет тенденцию к притязаниям на чрезмерную добродетель или желание произвести общее благоприятное впечатление
Шкала достоверности (*F*)	Измеряет тенденцию к ложным заявлениям или преувеличению психологических проблем в первой части опросника; выявляет ответы, данные случайным образом
Шкала достоверности (*FB*)	Измеряет тенденцию к ложным заявлениям или преувеличению психологических проблем в пунктах в конце опросника
Шкала оборонительного поведения (*K*)	Измеряет тенденцию рассматривать себя в нереально позитивном свете
Несоответствие ответов	Измеряет склонность к ответам на вопросы непостоянным или случайным образом (*VRIN*)
Несоответствие ответов	Измеряет склонность к ответам на вопросы непостоянно правдивым или ложным образом (*TRIN*)

Таблица 15.1 (продолжение)

Клинические шкалы

Шкала 1	Ипохондрия (*Hs*)	Измеряет чрезмерное соматическое беспокойство и физические жалобы
Шкала 2	Депрессия (*D*)	Измеряет симптоматическую депрессию
Шкала 3	Истерия (*Hy*)	Измеряет истероидные черты личности, например взгляд на мир через розовые очки и склонность к развитию физических проблем в условиях стресса
Шкала 4	Психопатические отклонения (*Pd*)	Измеряет асоциальные тенденции
Шкала 5	Маскулинность-отклонения (*Pd*)	Измеряет смену половых ролей
Шкала 6	Паранойя (*Pa*)	Измеряет способность формирования и восприятия подозрительных, параноидных идей
Шкала 7	Психастения (*Pt*)	Измеряет тревожность и навязчивое, беспокойное поведение
Шкала 8	Шизофрения (*Sc*)	Измеряет своеобразные, необычные черты мышления, переживаний и социального поведения
Шкала 9	Гипомания (*Ma*)	Измеряет нереально приподнятое настроение и склонность идти на поводу импульсов
Шкала 0	Социальная интроверсия (*Si*)	Измеряет социальную тревожность, замкнутость и чрезмерный контроль

Специфические шкалы

Шкала *APS*	Шкала склонности к аддикции	Оценивает, насколько для человека применимы личностные особенности людей, склонных к злоупотреблению алкоголем и наркотиками
Шкала *AAS*	Шкала признания наличия аддикции	Оценивает, насколько человек признает наличие проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем и наркотиками
Шкала *MAC-R*	Шкала привыкания Мак-Эндрю	Эмпирическая шкала, измеряющая склонность развития привыкания к различным веществам
MDS	Шкала супружеских проблем	Оценивает воспринимаемые проблемы супружеских отношений

Анкету для подростков (*MMPI-A*) стандартизировали на 815 мальчиках и 815 девочках, обучающихся в различных государственных и частных школах в семи штатах США. Опросник предназначен для молодых людей в возрасте от 14 до 18 лет и содержит большое количество новых шкал. Как и в случае *MMPI*-2, базовые клинические шкалы соответствуют шкалам оригинальной версии *MMPI*.

Эксперименты с модифицированной версией говорят о том, что практикующие специалисты в состоянии, несколько изменив подходы к интерпретации, использовать ее точно так же, как и оригинальный тест. Недавно проведенные исследования (Brems & Lloyd, 1995; Clark, 1996) представили доказательство в пользу применения модифицированных версий *MMPI*. Клинические шкалы, сохраненные

практически в оригинальном виде, за исключением минимальных изменений, связанных с изъятием некоторых пунктов и новой формулировкой других, как и ожидалось, измеряют те же самые особенности организации и функционирования личности, что и раньше. Была доказана относительная стабильность стандартных шкал валидности, также не претерпевших существенных изменений и подкрепленных тремя дополнительными шкалами, позволяющими выявлять склонность к даче лживых ответов на некоторые вопросы. Эмпирически была продемонстрирована психометрическая сопоставимость основных шкал в обеих версиях теста для взрослых (BenPorath & Butcher, 1989).

В целом в *MMPI*-2 сохранены основные элементы оригинальной версии теста, но добавлен ряд особенностей и уточнений к ним, в том числе и инструменты для системного анализа «содержания» профилей. Согласно расчетам авторов новой версии, шкалы *MMPI*-2 коррелируют со шкалами оригинального *MMPI*.

Преимущества объективных личностных тестов. Другой вид объективных личностных опросников-самоотчетов использует статистический метод **факторного анализа**, который позволяет свести широкий спектр коррелирующих друг с другом измерений к минимальному числу «факторов», необходимому для подсчета наблюдаемых частичных совпадений или их ассоциаций. Поскольку шкалы тестов такого типа являются результатом процесса усовершенствования, то считается, что такие тесты направленно измеряют базовые и относительно независимые признаки личности. В данном случае целью является разовое измерение одного признака с максимальной точностью и избирательностью, что позволяет нарисовать профиль личности, показывающий, насколько эти несколько признаков (число которых было в методических целях уменьшено), равно как и общий их паттерн, характерны для индивида.

Анкеты самоотчетов, например *MMPI*, обладают рядом преимуществ по сравнению с другими видами личностных тестов. Для них характерны низкая себестоимость, высокая надежность и объективность; они позволяют производить подсчет баллов и интерпретацию посредством компьютера; по желанию при помощи компьютера возможно и проведение самого тестирования. Однако использование опросников-самоотчетов вызвало достаточно много критики в свой адрес. Как мы знаем, некоторые клиницисты считают, что они чрезмерно механистичны для того, чтобы точно отобразить сложность личностных особенностей человека и его проблем. Кроме того, проведение этих тестов требует, чтобы субъект мог читать, понимать и отвечать на вербальные материалы. В этой связи они не могут быть использованы при диагностической работе с неграмотными пациентами или пациентами в состоянии умопомешательства. Более того, анкеты самоотчетов требуют от субъекта готовности к сотрудничеству, и всегда существует вероятность того, что он может намеренно исказить свои ответы, желая произвести определенное впечатление. Шкалы валидности в тесте *MMPI*-2 и являются ответом на последние критические замечания.

Построенные на научной основе объективные личностные опросники вследствие формата подсчета результатов и благодаря упору, сделанному на валидизации теста, особенно хорошо поддаются автоматической интерпретации. Впервые компьютерные методы подсчета баллов и интерпретации теста были использованы для *MMPI*. Более чем 40 лет назад психологи из клиники Мэйо запрограмми-

ровали компьютер для подсчета и интерпретации клинических профилей. В дальнейшем появилось множество хитроумных систем интерпретации тестов *MMPI* и *MMPI*-2 (Butcher, 1995; Fowler, 1987). Программы компьютерной интерпретации *MMPI* обычно используют **статистические методы** (Grove & Meehl, 1996). Такие программы хранят описания фактического поведения или другие установленные характеристики многих субъектов с определенными паттернами результатов теста. Когда бы ни появился человек, у которого выявляется один из таких паттернов, компьютер тут же выдает распечатку соответствующего описания. Подобные описания существуют для большого количества различных паттернов результатов тестов, большинство из которых основаны на результатах *MMPI*-2.

Накопление точного статистического материала для такого инструмента, как *MMPI*-2, затруднительно, требует много времени и финансовых затрат. Отчасти это обусловлено сложностью самого инструмента, поскольку потенциально существует бесконечное множество достоверно различных паттернов профилей личности. Следовательно, личностные профили многих субъектов «не подходят» к тем типам профилей, для которых существуют статистические данные. С другой стороны, возникает проблема сбора статистических данных о поведении или проблемах, которые может обнаружить или предсказать данный тест. Многие состояния, жизненно важные в клиническом отношении, встречаются относительно редко (например, суицид) или представляют собой психологический комплекс (например, возможные психогенные составляющие физического заболевания пациента), что затрудняет накопление достаточного количества материала, используемого в качестве адекватной базы статистических данных. В такой ситуации автор интерпретирующей программы вынужден опираться на общие медицинские знания и опыт для того, чтобы сформулировать клинические описания, подходящие к реально полученным типам профилей. Следовательно, самые лучшие программы написаны клиницистами-экспертами, которые в течение длительного времени пользовались этим инструментом и постоянно следили за его непрерывно развивающейся исследовательской базой (Carson, 1990b).

Примеры компьютерной интерпретации случая Эстебана приведены в справке 15.4. В чем-то расходящиеся друг с другом абзацы предлагаемого текста являются следствием того, что разные части тестового паттерна данного пациента соотносятся с различными разделами информации, хранящимися в компьютере. Компьютер всего лишь вслепую печатает то, что он считает типичным для людей, набравших одинаковое количество баллов по



Применение психологических тестов в суде — одна из самых быстро растущих сфер их использования.

различным клиническим шкалам. Компьютер не в состоянии объединить, проанализировать и отредактировать все описания. Здесь необходимо участие человека: при использовании в клинике компьютеров требуется, чтобы такие оценки контролировал и интерпретировал хорошо обученный специалист (American Psychological Association, 1986).

Компьютерные профили личности в настоящее время не новость, они представляют собой серьезное дополнение к клинической оценке. Компьютерные психологические оценки — важное и эффективное средство, обеспечивающее клинициста всей необходимой информацией в самом начале процесса принятия решения.

Психологическая оценка в судебных или законодательных случаях

Одной из самых широких и быстро растущих сфер применения психологических тестов является судебная экспертиза. Аналогично клинической практике в судах (Lees-Haley et al., 1996), а также в процессе профессионального отбора, например авиапилотов или полицейских, чаще всего используют *MMPI*-2 (см. справку 15.5 о применении психологических тестов при отборе персонала).

Для оценки психического здоровья истцов и ответчиков используется множество различных психологических тестов. В случае когнитивных нарушений возможно применение *WAIS-III* или батареи нейропсихологических тестов Холстеда—Рейтана. При необходимости оценки психологической адаптации человека целесообразно обращение к *MMPI*-2 (Pope, Butcher & Seelen, 1993) по причине его объективности (меньшая зависимость от мнения интерпретатора) и валидности. Частично благодаря полученному научному признанию, такие популярные психологические тесты, как *WAIS-III* и *MMPI*-2, широко используются в судах в качестве инструмента оценки. Для того чтобы получить разрешение на использование теста при даче показаний истцами и ответчиками под присягой, необходимо, чтобы он был стандартизованным, а не экспериментальным методом (Ogloff, 195; Pope et al., 1993). Сфера его применения включает в себя оценку психического состояния подсудимых, совершивших тяжкие преступления (Megargee, 1995, 1997); оценку психологической адаптации участвующих в тяжбе сторон в гражданских судебных делах (Butcher & Miller, 1998) и определение лиц, которым будет поручена опека над ребенком в бракоразводных процессах (Bathurst, Gottfried & Gottfried, 1997). Приведенные ниже примеры иллюстрируют вышеназванные три ситуации, в которых, как правило, судом используется психологическое тестирование.

Разбор случая: оценка душевного здоровья. М-р А., 34-летний мужчина, обвиняемый в совершении серии изнасилований, заявил, что он не виновен в инкриминируемых ему преступлениях по причине своего душевного нездоровья. Адвокат утверждал, что его подзащитный страдает от расстройства множественной личности и что все преступления, о которых идет речь, были совершены под влиянием «другой личности»; подсудимый не сознавал, что совершает преступление. Суд привлек группу экспертов, состоящую из психиатра и двух психологов, которая должна была оценить, страдает ли подсудимый расстройством множественной личности или диссоциативным расстройством идентичности. Экспертиза включала в себя психиатрическое интервью, изучение истории жизни обвиняемого и серию психологических тестов (*MMPI*, ТАТ и тест Роршаха). По результатам оценки экспертами было сделано

заключение о том, что полученные данные не согласуются с расстройством множественной личности или диссоциативным расстройством идентичности и предполагают симуляцию.

Оценка нанесенной травмы. М-с Б., 29 лет, подала иск в суд по гражданским делам об ущербе, который ей был нанесен в результате происшествия, расцениваемого ею как сексуальные посягательства на нее со стороны менеджера отдела, в котором она работала. Она заявила, что его неоднократные сексуальные посягательства причинили ей огромный вред и помешали вступлению в брак. Женщина утверждала, что испытывала серьезные трудности с психологической адаптацией во время инцидентов и после них, препятствующие эффективному исполнению рабочих обязанностей. Ее терапевт подтвердил наличие у истицы диагноза посттравматического стрессового синдрома. Менеджер, обвиняемый ею, был уволен из компании. Прокурор потребовал психологического освидетельствования м-с Б.

СПРАВКА 15.5. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Использование психологических тестов для отбора персонала

Некоторые профессии – летчики, полицейские, пожарные, воздушные диспетчеры, рабочие на атомных электростанциях и некоторые военные специальности – постоянно требуют более высокий уровень психологического функционирования и бóльшую эмоциональную стабильность, чем другие области деятельности. Данные профессии допускают гораздо меньшее количество индивидуальных особенностей у работников при исполнении служебных обязанностей. Личные свойства, выводящие работника из строя, или проблемное поведение могут оказаться чрезвычайно опасными как для него самого, так и для общества в целом. Например, человек, ведущий себя неподобающим образом в контрольном помещении атомной электростанции, может поставить под угрозу всю ее работу, не суметь выявить проблемы, требующие быстрых и решительных действий. Личностные особенности полицейского, которые могут привести к тому, что он применит излишние силовые методы при аресте, отнюдь не внутреннее дело полиции; они важны для любого из нас. При исполнении ряда работ, связанных с высоким уровнем стресса, вероятность не справиться с рабочими функциями или проявить слабую психологическую пригодность может оказаться настолько велика, что у соискателей при приеме на работу необходимо производить оценку уровня эмоциональной адаптации.

Применение личностных тестов при отборе персонала имеет долгую историю. Фактически впервые официальное использование стандартизованной личностной шкалы, анкеты личностных показателей Вудворта, было введено при наборе призывников на Первую мировую войну с целью отбраковки тех, кто был непригоден к несению воинской службы (Woodworth, 1920). Сегодня психологические тесты широко используются при отборе персонала для выполнения работ, требующих высокой степени эмоциональной стабильности или большого доверия общественности.

Следует проводить различие между набором персонала и скринингом. В первом случае осуществляется поиск людей с определенными признаками; во втором – тестирование проводят для того, чтобы убедиться в отсутствии определенных недостатков. В ситуациях, когда для выполнения некоторой работы желательны определенные психологические характеристики, психолог выберет те инструменты, которые позволят непосредственно оценить эти ка-

Были проведены психиатрическое интервью и тестирование, в процессе которого использовались опросник Бека на депрессию, *MMPI*-2, ТАТ и тест Роршаха. Было сделано заключение, согласно которому м-с Б., хотя и испытывает некоторые посттравматические симптомы, сильно преувеличивает их и свою собственную нетрудоспособность. Дело было изъято из суда еще до судебного процесса ввиду своей незначительности.

Битвы за опекунство. В суде по семейным делам после бракоразводного процесса разбирали дело м-ра Т. и м-с Т. об опеке над их 3-летней дочерью. Во время рассмотрения дела м-р Т., успешный подрядчик, обвинил (ложно, как выяснилось позднее) свою бывшую жену в сексуальных злоупотреблениях по отношению к их дочери и потребовал лишения ее родительских прав. Для оценки эмоциональной стабильности м-с Т. и возможности исполнения ею родительских обязанностей суд назначил психологическую экспертизу. Психолог не обнаружил у м-с Т. никаких эмоцио-

чества, например, тест Кэттелла (16PF-опросник) (Cattell et al., 1988), измеряющий такие «нормальные» свойства личности, как лидерство или общительность.

С другой стороны, выявление таких характеристик, как эмоциональная стабильность и потенциальная склонность к асоциальному поведению, требует различных подходов. Один из подходов исходит из того, что такие личностные или эмоциональные проблемы, как недостаточный контакт с реальностью, импульсивность или патологическая нерешительность, могут оказать негативное воздействие на действия человека в критической ситуации. В этом случае психолог может выбрать инструмент для оценки наличия личностных проблем, например *MMPI*-2. Для пояснения приведенного ранее примера с отбором полицейских, соискателя с паттерном профиля *MMPI*-2, отражающим тенденцию к чрезмерной агрессивности, поспешным выводам об окружающих и импульсивности, следует исключить из круга кандидатов или провести дополнительную оценку для выяснения того, отражались ли эти личностные факторы на его рабочем поведении в прошлом.

Проблемы личностных тестов при скрининге

Перед тем как вынести психологическую оценку в процессе скрининга, нравственный и ответственный психолог должен рассмотреть большое количество вопросов для возможности принятия решения, насколько адекватны и уместны методы, которые он предполагает использовать. Необходимо ответить на следующие вопросы:

1. *Как следует применять тест при приеме на работу или насколько большое значение ему следует придавать при вынесении решения относительно конкретного соискателя?* Психологические тесты не следует считать единственным способом определения того, стоит ли брать человека на вакантную должность. Такие инструменты, как *MMPI*-2, следует использовать в сочетании с собеседованием, выяснением мотивов, оценкой предыдущего опыта работы.

2. *Не является ли использование психологического теста нежелательным вторжением в частную жизнь?* Нельзя отрицать, что в большинстве случаев (а, возможно, в каком-то смысле и во всех) психологическое тестирование, особенно личностные тесты, такие как *MMPI*-2, в которых задаются личные вопросы, можно рассматривать как вторжение в частную жизнь индивида, поскольку с их помощью собирается информация о его особенностях, установках и стиле жизни. Однако необходимо определить, правомочно ли такое вмешательство в частную жизнь, то есть отвечает ли решение о тестировании более значимым интересам

нальных проблем, которые могли бы мешать ей исполнять материнские обязанности. Суд вынес решение в деле об опеке в пользу м-с Т., м-ру Т. было разрешено видеться с дочерью в присутствии свидетелей. Кроме того, суд принял решение о выплате м-с Т. суммы в размере 1 миллион долларов для покрытия ущерба, нанесенного ей ложным обвинением в злоупотреблениях по отношению к дочери.

В большинстве случаев психологические тесты разрабатывались для других целей, однако они позволяют получить ценную информацию в ходе судебных разбирательств, особенно в случае их использования как средства для оценки установок тестируемого. *MMPI*-2, например, содержит несколько шкал, с помощью которых оцениваются готовность человека к сотрудничеству и его честность при ответах на вопросы теста (Berry, 1995). Многие участники судебного процесса или подсудимые, проходящие по уголовным делам, при тестировании пытаются выставить себя в определенном свете, например притворяются душевнобольными или бе-

общества. Для некоторых профессий решение о проведении тестирования видится вполне правомочным; оно рассматривается с позиции «общественного блага» и исходит из того, что необходимо иметь максимальное количество информации о людях, занимающих положение, которое подразумевает высокую степень ответственности и требует эмоциональной стабильности. Однако для большинства профессий психологический отбор не нужен и не правомочен.

3. *Справедливы ли эти методы для всех кандидатов, в том числе и представителей национальных меньшинств?* Вопрос справедливости психологического тестирования при отборе персонала очень важен. Чтобы психологический тест сочли пригодным (с точки зрения этики и закона) для ситуаций подбора персонала, необходимо продемонстрировать, что он не дает несправедливой оценки и не допускает дискриминации в отношении этнических меньшинств. Этим вопросом следует руководствоваться при проведении любого психологического теста или использовании любого метода отбора персонала. Должна быть продемонстрирована валидность используемых тестов в отношении всех случаев применения. Вопрос о том, как представители этнических меньшинств справляются с *MMPI*, клиническим тестом, получившим самое широкое применение при отборе персонала, был тщательно изучен для, например, афроамериканцев (Ben-Porath, Shondrick & Stafford, 1994), латиноамериканцев (Velasquez et al., 1997), американских китайцев (Keefe, Sue et al., 1996) и американских индейцев (Tinius & Ben-Porath, 1993). В случае, когда человек в состоянии прочитать пункты теста (при необходимости тестирование проводится на иностранном языке), *MMPI*-2 не допускает неверного изображения или дискриминации представителей этнических меньшинств. Учитывая высокорепрезентативную нормативную выборку для *MMPI*-2, он с еще меньшей вероятностью, чем его предшественник, может породить проблемы такого рода.
4. *Тест следует использовать в свете Закона об американцах-инвалидах (1991).* Программа оценки должна быть согласована с федеральными директивами. Кроме того, необходимо, чтобы индивиды не подвергались дискриминации в связи с их инвалидностью, в том числе и психической. Недавно вынесенное решение суда в деле «Миллер против города Спрингфилд» (1998) продемонстрировало, что использование *MMPI*-2 при отборе полицейских не является дискриминацией с точки зрения Закона об американцах-инвалидах и что психологическое тестирование применяется в связи с характером работы и в соответствии с интересами общества.

зупречно добродетельными, пытаются представить ложные доказательства о получении физического увечья или усугубить его тяжесть. В этой связи их желание показать себя «хорошими» или «плохими» часто приводит к тому, что результаты теста признаются недействительными.

Применение психологических тестов во время судебных процессов, несомненно, очень полезно. Однако существует ряд ограничений их использования (Faust & Ziskin, 1991; Faust, 1994; Heilbrun, 1992). Тем не менее психологическая экспертиза в суде применяется достаточно широко и, видимо, станет еще более распространенным явлением в будущем, принимая во внимание непрерывно растущее количество случаев, когда на повестку дня судебного заседания ставится вопрос об оценке психологической адаптации.

Психологическое исследование пациента: Эстебан

В данном разделе мы рассмотрим случай с молодым человеком, продемонстрировавшим неясную клиническую картину, которую удалось в значительной степени прояснить с помощью психологической и нейропсихологической оценки. Этот случай необычен во многих отношениях. Проблемы молодого человека были достаточно серьезными и включали в себя как психологическую, так и органическую составляющие. Кроме того, здесь оказались замешаны кросс-культурные аспекты — молодой человек приехал из Южной Америки; поэтому оценка производилась на английском и испанском (в случае необходимости) языках. В оценке приняли участие большое количество специалистов-психологов, в том числе нейропсихолог, клинический психолог с бихевиористской ориентацией, испанский клинический психолог и психиатр.

Социальный анамнез

Эстебан, студент из Колумбии, 21 года, приехал в один из маленьких колледжей Соединенных Штатов с целью изучения английского языка. Он агрессивно вел себя в школе, демонстрировал шумное и несносное поведение на занятиях и ссорился с соседями по комнате (которых он обвинил в краже бумажника). Спустя некоторое время, поскольку его поведение не улучшилось, он был исключен из колледжа. Директор программы обучения английскому языку понял, что Эстебан нуждается в психологической помощи для решения проблем, которые включали в себя не только трудности с поведением, но и регулярные головные боли, спутанное мышление. Он решил, что снова примет Эстебана только в том случае, если у того произойдет серьезное улучшение состояния после терапии.

Узнав об исключении Эстебана, его родители, богатые банкиры, прилетели из Колумбии и организовали всестороннее клиническое обследование сына в известном медицинском центре в Нью-Йорке. После медицинского и неврологического обследования Эстебана на предмет выяснения источника головных болей и спутанности сознания, у него были выявлены некоторые «диффузные» нарушения головного мозга, однако в целом он обладал хорошим здоровьем. Его родители настояли на дальнейшем, более тщательном неврологическом обследовании. Невролог другого госпиталя порекомендовал психологическое и нейропсихологическое обследование, поскольку подозревал, что легкое неврологическое расстройство Эстебана не согласуется с крайним проявлением его психологических и поведенческих симптомов. Он направил семью к психологу для проведения оценки и дальнейшего лечения.

Эстебан страдал от большого количества острых ситуационных проблем, например у него сохранялись проблемы с поведением, он беспокоился, что не сможет найти новую программу изучения английского языка, и, как мы увидим, у него возникли опасения по поводу его желания стать врачом. Поэтому психолог решил немедленно приступить к терапии одновременно с проведением дополнительной оценки.

Интервью и наблюдение за поведением

На первую сессию Эстебан пришел вместе с родителями. Интервью проводили на английском языке, в некоторых местах делали перевод на испанский (его осуществлял в основном сам Эстебан, поскольку его родители плохо говорили по-английски). На протяжении всей сессии Эстебан находился в состоянии дезорганизации и диссоциации сознания. Ему было трудно придерживаться обсуждаемой темы, он периодически прерывал свой рассказ, повинуясь случайным импульсам, чтобы показать листы интервью, книги, брошюры из своего рюкзака. Он непрерывно говорил, часто очень громко. Он не скрывал свои проблемы, свободно говорил о симптомах и установках. Своим поведением юноша напоминал гиперактивного ребенка: он был возбудимым, импульсивным и незрелым. Эстебан не выглядел психотиком, не сообщал о галлюцинациях или бреде и не утратил связи с реальностью. Он испытывал расположение к человеку, проводящему интервью, по-видимому, получал удовольствие от сессии и выражал заинтересованность в проведении дополнительных сеансов.

Во время последующих интервью Эстебан часто говорил о физических жалобах, головной боли, напряжении и проблемах со сном. Он сообщил, что ему очень трудно концентрировать внимание во время занятий. Он не мог заниматься, поскольку постоянно отвлекался на посторонние дела, особенно на разговоры о религии. Он был очень общительным и не испытывал трудностей в процессе беседы с окружающими. Однако он был склонен говорить социально неприемлемые вещи, легко впадал во фрустрацию и терял самообладание. Например, во время одного из семейных интервью он впал в ярость и толкнул мать.

История семьи

Отец Эстебана, 65 лет, был испано-колумбийским банкиром. Он был хорошо одет, несколько пассивен, хотя явно испытывал теплые чувства по отношению к сыну. На протяжении последних лет ему пришлось пережить ряд трудностей: серьезные проблемы в бизнесе в сочетании с двумя сердечными приступами привели к депрессии, которая помешала ему управлять своим делом. Его жена и ее брат, адвокат из Мадрида, были вынуждены приводить в порядок бизнес. Его жена сообщила, что он перенес несколько депрессий в прошлом и что настроение Эстебана напоминает ей поведение ее мужа в молодости.

Мать Эстебана испытывала напряжение, беспокойство и была немного ипохондрической женщиной, склонной к доминированию. Перед первым и вторым интервью она «по секрету» вручила терапевту написанные «объяснения» проблем своего сына. В отношении себя она сообщила, что несчастна в браке и живет только для детей, которых любит до безумия.

Старший (на 1 год) брат Эстебана, Хуан, был студентом инженерного факультета в американском университете, хорошо учился и имел успех в обществе.

Детство Эстебана было омрачено проблемами. Его мать сообщила, что, хотя он был замечательным младенцем (она считала, что ее сын был очень счастлив в детстве), мальчик сильно изменился в возрасте двух с половиной лет. Примерно в это время ребенок упал, ударившись головой, и некоторое время находился без сознания, но не был госпитализирован. Начиная с дошкольного возраста, он начал демонстрировать поведенческие проблемы, в том числе вспышки ярости, негативизм и неспособность долгое время поддерживать хорошие отношения со своими сверстниками. Эти проблемы остались, когда Эстебан пошел в школу. Мальчик часто отказывался идти на занятия, у него были периоды агрессивного поведения и в целом он выглядел «гиперактивным». Возможно, мать чрезмерно защищала и «инфантилизировала» его.

Эстебан поддерживал достаточно близкие отношения со своим братом Хуаном, с которым, по его собственному заявлению, у него были интенсивные гомосексуальные отношения, пока они вместе росли. «Худший день» в жизни Эстебана наступил, когда в возрасте 16 лет Хуан прервал с ним гомосексуальные отношения и посоветовал «пойти поискать мужчин». Позднее у него начались платонические отношения с одной женщиной из Колумбии, однако они были абсолютно несерьезными. Эстебан испытывал сильное гомосексуальное влечение, которое он осознавал и старался контролировать посредством увлечения религией.

Начиная с 11 лет Эстебан несколько раз проходил психотерапию. После окончания старшей школы он в течение года учился в юридической школе в Колумбии, но бросил ее, поскольку «захотел стать врачом». В Колумбии профессиональные школы и колледжи объединены. По заявлению родителей, он бросил школу, так как не смог к ней адаптироваться. Некоторое время он работал в семейном бизнесе, но ему было трудно ладить с другими сотрудниками, и его уговорили перейти на другую работу. Однако Эстебан не смог найти новое рабочее место, и родители отправили его в Соединенные Штаты изучать английский язык, понимая, что там он будет находиться в более благоприятной для него среде, чем в Колумбии.

Тестирование интеллекта

Эстебан подвергался психологическому тестированию с целью оценки дальнейших перспектив неврологического дефицита и определения, обладает ли он интеллектуальными способностями, необходимыми для дальнейшей учебной деятельности. Им было набрано количество баллов, равное нижней границе среднего уровня интеллекта, по тестам *WAIS-R* (английской версии) и *WAIS* (испанской версии). Он плохо справлялся с заданиями, в которых требовалось выносить практические суждения, проявлять здравый смысл, концентрировать внимание, использовать визуально-моторную координацию и формулировать концепции. Кроме того, в тестах на память он продемонстрировал низшие значения среднего уровня способностей к запоминанию, так как плохо воспроизводил содержание отрывка, зачитанного вслух (как на английском, так и на испанском языках). В подобных обстоятельствах люди с аналогичными дефицитами способны вести комфортную жизнь, занимаясь теми видами деятельности, которые не предъявляют слишком высоких требований к их интеллекту. На основании результатов тестов и поведения Эстебана во время тестирования стало ясно, что провозглашенные им карьерные амбиции, явно питаемые его родителями, превышают способности юноши и могут стать для него фактором сильной фрустрации.

Личностное тестирование

Эстебану предложили тесты Роршаха и *MMPI*. Оба теста получили широкое применение при тестировании латиноамериканцев. Считается, что тест Роршаха особенно пригоден для таких пациентов, как Эстебан, поскольку стимульный материал, содержащийся в нем, относительно не структурирован и не связан с какой-либо определенной культурой. Тестирование с помощью теста Роршаха выявило наличие у пациента напряжения, тревожности и озабоченности темой смерти. Он был чрезмерно обеспокоен своим здоровьем, склонен к депрессии, неуверен, однако в остальных случаях проявлял импульсивность и беззаботность. Эстебан часто давал инфантильные ответы и демонстрировал сильную устойчивую амбивалентность в отношении к женщинам. В некоторых ответах прослеживалось его агрессивное отношение к женщинам; часто отмечалось слияние сексуального и агрессивного образов. В целом он продемонстрировал равнодушие и неумение строить отношения с окружающими. Результаты теста Роршаха позволяли сделать предположение, что Эстебан в состоянии смотреть на мир традиционным образом и, возможно, не психотик, однако иногда ему было трудно контролировать свои импульсы. Данные протокола теста Роршаха были обработаны с помощью компьютерной всесторонней программы Роршаха Экснера (см. с. 974).

Эстебана протестировали с помощью оригинальной версии *MMPI* на английском и испанском языках. Профили *MMPI* оказались практически идентичными для обоих языков. Профиль был конвертирован в формат *MMPI*-2, который воспроизведен в справке 15.4, наряду с компьютерной интерпретацией результатов *MMPI*-2.

Резюме психологической оценки Эстебана

В процессе нейропсихологического тестирования у Эстебана были выявлены умеренный неврологический дефицит и интеллектуальные способности пограничного уровня. Он, несомненно, не обладал способностями к учебе, требуемыми для получения медицинского образования. Необходимость решения интеллектуальных задач вызывала у него сильный стресс и приводила к фрустрации. Более того, плохая память сильно затрудняла запоминание сложного материала.

Интерпретация теста *MMPI*-2 указывала на то, что дезорганизованное поведение и паттерн симптомов отражают наличие у Эстебана тяжелого психологического расстройства. Несмотря на то что в рассматриваемый период юноша не был психотиком, его поведение в прошлом, а также результаты тестирования позволяли предположить, что он функционирует на маргинальном уровне, и в некоторых ситуациях существует потенциальная возможность проявления у него личностных нарушений.

Острейшие психологические проблемы Эстебана были связаны с его склонностью к фрустрации и готовностью к потере контроля над импульсами. Он отличался капризностью и легко расстраивался. Кроме того, относительная изоляция Эстебана в первые годы его жизни (частично проистекающая из наличия чрезмерно опекающей матери) помешала его подготовке к адекватному функционированию во многих социальных ситуациях. Другой проблемой Эстебана была недостаточная психосоциальная приспособленность. Результаты психологического тестирования и его биография ясно указывали на запутанность половой идентичности.

Согласно критериям *DSM-IV*, по I оси Эстебану диагностировали органический личностный синдром, а по II оси — пограничное личностное расстройство. Далее ему было рекомендовано пройти обучение социальным навыкам и не связывать свою жизнь с изучением медицины, а выбрать иные профессиональные цели, соответствующие его способностям. Для устранения проблем, связанных с эмоциональным контролем, ему было прописано медикаментозное лечение психотропными препаратами (литием и меллерилом).

Дальнейшие наблюдения. Эстебан посещал сеансы психотерапии дважды в неделю и принимал лекарственные препараты. Он участвовал в десяти сессиях программы обучения социальным навыкам. Благодаря помощи терапевта, он был допущен к программе изучения английского языка более низкого уровня, соответствующего его способностям.

В первые 6 месяцев Эстебан достиг значительного прогресса, особенно после того, как его поведение в какой-то степени стабилизировалось, главным образом в результате применения психотропных средств. Он стал менее импульсивным, лучше контролировал чувство гнева. Он успешно окончил курс английского языка. На протяжении данного периода времени юноша жил с матерью, которая арендовала квартиру рядом с колледжем. Затем она вернулась в Колумбию, и Эстебан переехал в другую квартиру, где у него появился сосед, с которым он начал конфликтовать.

Через несколько недель после отъезда матери Эстебан прервал психотерапию и прием лекарств. Он стал посещать местные бары для геев, сначала просто из любопытства, но затем в поисках любовников-мужчин. В то же время у него возрос интерес к религии, и он переехал в дом, расположенный недалеко от кампуса. Теперь он увлекся религиозным культом фундаменталистского толка. Его родители, озабоченные откровенно гомосексуальным поведением Эстебана, которое он детально описывал им по телефону, выражая надежду, что они однажды пойдут в бар геев вместе с ним, снова приехали в Соединенные Штаты. Понимая, что они не могут остаться в Америке навсегда, чтобы присматривать за Эстебаном, родители стали искать программу лечения с постоянным проживанием в медицинском заведении, где бы их сыну обеспечили более упорядоченный образ жизни. Им были посланы оценки и записи всех терапевтических сессий.

Обобщение результатов оценки

После получения результатов оценки необходимо интерпретировать их значение с целью объединения в связную рабочую модель для дальнейшего использования при планировании или изменении лечения. Клиницисты, имеющие индивидуальную частную практику, обычно сами выполняют эту трудную работу.

В клинике или больнице результаты оценки обычно рассматривают на врачебных конференциях, которые посещают члены междисциплинарной группы (клинический психолог, психиатр, социальный работник и остальной персонал, работающий в сфере психического здравоохранения), имеющие отношение к принятию решений о лечении. Сопоставляя всю собранную информацию, они проверяют, согласуются ли между собой все данные и возможно ли на их основе создать определенную клиническую картину; не существует ли пробелов и разногласий, которые необходимо исследовать дополнительно.

Обобщение всех данных, собранных при проведении первичной оценки, может привести к согласию относительно постановки пациенту предварительного диагноза. В любом случае результаты, полученные всеми членами группы, равно как и рекомендации по поводу лечения вносятся в историю болезни, чтобы всегда можно было повторно их проверить, посмотреть, почему был назначен конкретный курс психотерапии, насколько точна проведенная клиническая оценка и обоснованно принятое решение о лечении.

Новая оценочная информация, полученная в ходе терапии, дает обратную связь по поводу эффективности лечения и служит основой для необходимых модификаций при его дальнейшем планировании. Мы уже подчеркивали, что данные клинической оценки обычно используются при анализе окончательного результата терапии и сравнении эффективности различных терапевтических и профилактических подходов.

Этические проблемы, возникающие при оценке

Решения, принятые на основе результатов оценки, могут иметь далеко идущие последствия для людей, участвующих в этом процессе. От решения персонала зависит, будет ли госпитализирован страдающий депрессией пациент, или он останется жить вместе со своей семьей, а также то, сочтут ли обвиняемого достаточно дееспособным для того, чтобы предстать перед судом. Таким образом, обоснованное решение, основанное на результатах точной оценки, очень важно не только в теоретическом отношении. Вследствие того воздействия, которое оценка может оказать на жизнь окружающих людей, необходимо, чтобы специалисты, оценивающие результаты тестов, не забывали о следующих аспектах.

1. **Потенциальные культурные предубеждения инструмента или клинициста**: существует вероятность того, что тест не сможет дать валидную информацию о пациентах, принадлежащих к меньшинствам (Gray-Little, 1995). Клиницисту из определенной социокультурной среды может оказаться очень сложно дать объективную оценку пациента, принадлежащего к другому социальному классу, например политическому беженцу из Юго-Восточной Азии. Необходимо удостовериться, как это было сделано в случае с *MMPI*-2 (Timbrook & Graham, 1994), что тест можно использовать для представителей этнических меньшинств.
2. **Теоретическая ориентация клинициста**: на оценку неизбежно влияют исходные посылки клинициста, его восприятие и теоретическая ориентация. Так, психоаналитик и бихевиорист могут оценивать одно и то же поведение различным образом. Специалисты, тяготеющие к психоанализу, будут, скорее всего, рассматривать поведение как отражение скрытых мотивов, тогда как клиницист, принадлежащий к бихевиористской школе, склонен оценивать его в контексте ситуации непосредственного или предшествующего стимула. Если их оценки приведут к тому, что будут рекомендованы различные способы лечения, в разной степени эффективные для решения проблем пациента, то это может иметь очень серьезные последствия.
3. **Недооценка внешних обстоятельств**: многие клиницисты переоценивают роль личностных особенностей пациента как причины возникающих у него проблем и не уделяют должного внимания возможному значению стрессоров

и иных обстоятельств его жизни. Чрезмерная сосредоточенность на личности пациента, которую поощряют некоторые методы оценки, может отвлечь внимание от факторов окружающей среды, потенциально играющих решающую роль.

4. **Низкая валидизация**: в отличие от многих личностных шкал широко применяемые методы наблюдений и самоотчеты о поведении не прошли строгую психометрическую валидизацию. В последнее время склонность некоторых клиницистов считать результаты этих методов явно значимыми заставила поставить вопрос о необходимости более четкой валидизации.
5. **Неточность данных или преждевременность суждений**: всегда существует вероятность того, что некоторые результаты оценки — и любой диагноз и основанное на нем лечение — могут оказаться неточными. Любые прогнозы в отношении индивида на основании групповых данных или средних значений всегда подразумевают некоторый риск; «шизофренические» симптомы в действительности подразумевают трудный курс лечения, однако у некоторых людей выздоровление наступает очень быстро без всякого вмешательства, и в дальнейшем такие эпизоды более не повторяются. Неточные данные или преждевременные заключения могут не только привести к непониманию проблем пациента, но и препятствовать попыткам дальнейшего получения информации, что может иметь очень печальные последствия для него.

Нерешенные проблемы:

Включение данных психологических тестов в терапию: несостоявшиеся отношения

Несмотря на тот факт что психологи, ориентированные на оценку, твердо отстаивают полезность внесения заключений, сделанных на основе психологического тестирования в план лечения, многие психотерапевты, как практикующие специалисты, так и занимающиеся исследовательской работой, как правило, не пользуются этой информацией (Ben-Porath, 1997; Nelson & Adams, 1997). По всей видимости, многочисленные работы, посвященные оценке, оказали незначительное влияние на практическую психотерапию. Например, в последнем номере *Journal of consulting and clinical psychology* (1998, vol. 66), посвященном обзору эмпирических лечебных методов, ни один из авторов не уделил внимания обсуждению важности включения результатов психологической оценки в процесс лечения (Kendall, 1998). И это несмотря на то что посвященный вопросам оценки журнал, издаваемый американской психологической ассоциацией (Psychological assessment, 1997, vol. 9), предложил обширную серию работ по этой теме. Исследования подтверждают пользу, которую психологическая оценка приносит процессу лечения (Ben-Porath, 1997; Haynes, Lesen & Blaine, 1997; Harkness & Lilienfield, 1997; Nelson & Adams, 1997). Было опубликовано огромное количество исследовательских работ, посвященных использованию психологических тестов в планировании лечения и его оценке. Например, в отношении только одного теста, *MMPI*, вышло более тысячи статей о применении этого инструмента для планирования лечения и оценки результатов терапии (Rouse, SullIvan & Taylor, 1997). Однако все эти работы, по-видимому, очень мало повлияли на способы проведения терапии.

Любопытно, что появляется все больше свидетельств того, что в случае осторожного доведения сведений о результатах психологического тестирования до клиента, у него могут возникнуть заметные личностные изменения и инсайт (Miller & Rollnick, 1991; Finn & Tonsager, 1997; Newman & Greenway, 1997). Исследования показывают, что информация о личности, полученная с помощью теста и доведенная до клиента в самом начале терапевтического вмешательства, может повысить его самооценку и смягчить проявление у него негативных симптомов. Обратная связь с тестом сама по себе приводит к терапевтическим результатам, сравнимым или превосходящим по эффективности те, которые достигаются при помощи терапии без обратной связи с результатами тестирования.

Почему многие квалифицированные психотерапевты приступают к лечению и продолжают его, не используя объективную психологическую информацию? Это может быть вызвано следующими причинами.

- **Обучение**: одним из факторов, ответственным за редкое использование тестов в терапии, служит то, что не все терапевты в процессе образования обучались методам клинической оценки. В последнее время из некоторых аспирантских программ исключили темы, посвященные психологической оценке. Многие терапевты не имеют представления об интерпретации психологических тестов и, следовательно, не могут использовать важную информацию, которую можно получить при аккуратном применении результатов тестирования в терапии.
- **Теоретические предубеждения**: в прошлом представители отдельных школ психотерапии (особенно клиент-центрированная терапия и некоторые узкие



В клинике или больнице результаты оценки обычно рассматривают на врачебных конференциях, которые посещают члены междисциплинарной группы (клинический психолог, психиатр, социальный работник и психиатрическая медсестра). Совместное обсуждение результатов приводит к тому, что пациенту ставят диагноз и назначают курс лечения. Постановка диагноза может иметь для пациента далеко идущие последствия, поэтому очень важно, чтобы клиницисты понимали ограничения, присущие оценке.

течения бихевиоризма) особенно сильно возражали против использования в процессе лечения информации, полученной в результате тестирования, поскольку считалось, что она не имеет отношения к терапевтическому вмешательству и внушает терапевту определенные «предубеждения». Например, терапевту, получившему информацию о том, что у его клиента существует серьезная проблема с алкогольной зависимостью, эти сведения могут помешать понять его проблемы, связанные с отношениями.

- **Стоимость**: некоторые специалисты ссылаются на стоимость проведения оценки как причину того, почему такую информацию не следует включать в процесс лечения (см. обсуждение управляемого (регулируемого) ухода в главе 18). По иронии судьбы, несмотря на демонстрацию того, что при надлежащем использовании оценка оказывает положительное влияние на исход лечения, по всей вероятности, клинический процесс проще всего осуществлять с учетом финансовых возможностей управляемого (регулируемого) ухода. Даже при условии того, что сведения, полученные с помощью оценки в самом начале терапии, могут эффективно направлять процесс лечения (Ben-Porath, 1997), некоторые организации в сфере управляемого (регулируемого) ухода ставят ограничения (во времени или финансировании) на ее использование. Таким образом, информация, которая может помочь гарантировать успешное лечение, часто оказывается недоступной практикующим специалистам, которые затем вступают в краткосрочные, ограниченные взаимоотношения с клиентом и должны производить оценку проблемы одновременно с проведением терапии. Терапию часто проводят, а иногда и заканчивают или, по крайней мере, прерывают, в то время как у терапевта отсутствует ясное представление о проблемах клиента и его личности.

Резюме

Проведение клинической оценки — один из самых важных и сложных видов деятельности специалистов, работающих в сфере психологического здравоохранения. То, насколько хорошо поняты проблемы человека и насколько адекватное лечение ему назначено, зависит от правильности психологической оценки. Задачи психологической оценки включают в себя идентификацию и описание симптомов индивида; определение того, насколько его проблема серьезна или хроническая; выявление потенциальных причин и изучение его личных ресурсов, которые могли бы помочь ему в ходе лечения.

Оценка опирается на междисциплинарные методы, как физические, так и психолого-социальные. Поскольку у многих психологических проблем есть физическая составляющая или причина, либо паттерн симптомов, то в психологическую оценку нередко очень важно включить медицинское обследование. Если существуют подозрения о наличии органических повреждений головного мозга, необходимо провести неврологические исследования с помощью ЭЭГ или сканирования методом АКТ, ПЭТ или МРТ для того, чтобы определить место и степень возможных нарушений. Кроме того, может сыграть важную роль и проведение серии нейропсихологических тестов, которые должны помочь определить, влияют ли (а если влияют, то как именно) имеющиеся нарушения на психические и поведенческие характеристики пациента.

Методы психологической оценки представляют собой техники для сбора информации о пациенте, связанной с принятием клинических решений. Наиболее широко используемые и гибкие методы психосоциальной оценки — клиническое интервью и наблюдение за поведением. Эти методы предоставляют богатую клиническую информацию. Тем не менее они могут быть подвержены посторонним влияниям, что делает их в некоторой степени ненадежными. Для повышения надежности были разработаны формат структурированного интервью и объективные рейтинг-шкалы поведения.

В то время как с помощью интервью и наблюдений за поведением пытаются непосредственно оценить убеждения, установки и симптомы индивида, использование психологических тестов позволяет измерить эти аспекты личности косвенно. Психологическое тестирование включает в себя стандартизованные стимулы для получения образцов поведения, которые затем сравнивают с поведением других индивидов в соответствии с нормами теста. Было разработано два различных подхода к личностным тестам: 1) проективные тесты, например тест Роршаха, в ходе которых субъекту предъявляют неструктурированные стимулы; он, в свою очередь, «проецирует» некое личностное значение или структуру на стимул, обнаруживая, таким образом, «скрытые» мотивы, чувства, и 2) объективные тесты, или личностные опросники, для заполнения которых необходимо, чтобы субъект умел читать и отвечать на вопросы или утверждения. Объективные личностные тесты являются эффективным средством для быстрого сбора огромного количества информации о личности. *MMPI*, наиболее широко применяемый и валидизированный объективный личностный опросник, равно как *MMPI*-2 и *MMPI-A*, его версии, модифицированные недавно, содержат множество клинически важных шкал для описания анормального поведения.

Психологические тесты широко применяются не только для клинической оценки. Например, тесты, подобные *MMPI*-2, вследствие объективности описания личности широко применяются в судах, если необходимо определить дееспособность обвиняемого и его способность предстать перед судом или действительно ли человек, заявляющий о нанесенном ему ущербе, страдает от стресса. Еще одной ситуацией, в которой применяется личностная оценка, является отбор сотрудников на должности, где необходима эмоциональная стабильность (летчики, полицейские и работники атомных электростанций).

Возможно, самым поразительным новшеством за последнее время стало использование компьютеров для проведения, подсчета баллов и интерпретации психологических тестов. Сейчас можно сразу получить интерпретацию результатов психологического теста либо в интерактивном режиме, либо через модем компьютерной сети. За последние несколько лет развитие компьютерной оценки шло очень быстрыми темпами. Можно предположить, что еще через несколько лет в процессе клинической оценки проведение, обсчет и интерпретация теста, равно как и обработка результатов психологического тестирования в целом, будут производиться по большей части посредством компьютера. Несомненно, специалисты в области психического здоровья будут играть основную роль при определении адекватности диагноза, поставленного компьютером.

ГЛАВА 16

Методы терапии, основанные на биологии

Идея терапии не нова. На протяжении всей истории люди пытались помогать друг другу как официально, так и неофициально в решении жизненных проблем, в том числе и в случае душевных заболеваний. В главе 2 мы описали широкий спектр методов, применяемых на протяжении истории для оказания помощи душевнобольным, от экзорцизма до заключения и пыток, от понимания и доброты до крайних форм жестокости.

Сегодня для помощи людям в борьбе с психопатологией применяются как биологические, так и психологические методы. В этой главе мы остановимся на биологических методах, разработанных для лечения таких психических заболеваний, как шизофрения, расстройства настроения и тревожные расстройства. В главе 17 мы рассмотрим психологические подходы.

Первые попытки биологического вмешательства

Идея о том, что расстроенный ум можно исправить с помощью лечения, направленного на тело, восходит к античности. Начиная от Гиппократа в Древней Греции и Парацельса в средневековой Европе до Крепелина в Европе (начало XX века) и современных психиатров всегда существовало мнение, что в конечном итоге лечение психических проблем покоится на изменении биологического состояния организма. И сегодня мы еще не располагаем надежной информацией о наличии связи между определенными типами поведения и конкретными (на клеточном или субклеточном уровнях) состояниями головного мозга. Тем не менее правила, согласно которому «не бывает вывихов в поведении без вывихнутых молекул», как бы наивно философски и научно оно ни звучало, придерживаются многие специалисты в области психического здоровья. Согласно их мнению, поиск методов лечения следует вести в направлении открытия эффективных способов перестановки и реконструкции аберрантных молекул, изменения предполагаемого физического субстрата аномального поведения.

История психиатрии включает в себя вызывающие интерес хотя с точки зрения современных стандартов зачастую крайние и примитивные методы лечения душевных болезней с помощью изменения процессов, протекающих в теле. Некоторые из этих методов в свое время получили широкое распространение. Например, очищение тела от нежелательных веществ посредством приема слабительных и рвотных средств широко практиковалось в древности, в Средневековье и в XVIII столетии

(Agnew, 1985). Фактически очищение было общепринятой практикой в медицине и в повседневной жизни людей, особенно в XVIII веке. Другой, более варварский метод — кровопускание широко использовали для лечения как психических заболеваний, так и целого спектра физических болезней. Применение кровопусканий соответствовало взглядам медицинской науки XVIII века и приветствовалось ими. Интересно, что многие медицинские техники были разработаны на основе исследований в других областях науки. Например, после открытия электричества было предпринято множество попыток его использования для электрической стимуляции больных, вследствие которой должны были произойти изменения их психического состояния. С помощью первых электрических аппаратов для лечения различных заболеваний производили стимуляцию нервов, мышц и органов пациентов. Зачастую было непонятно, какие соображения стояли за первыми попытками «лечения» душевнобольных посредством воздействия тока на их тело. Это могло быть желание напугать пациентов до такой степени, что к ним вернется здравый ум, а также наказать демонов, поселившихся в человеке, или вера в то, что подобное вмешательство восстановит процессы в организме индивида.

В целом по мере накопления знаний в различных областях медицины методы лечения становились все более милосердными и менее рискованными. Когда исследователи приходят к научному пониманию природы расстройства, они могут разработать биологические методы, максимально способствующие решению именно данной проблемы. Специфичность новых подходов обычно подразумевает, что они вызывают минимальное количество побочных эффектов.

К 1917 году после открытия Вагнером-Яуреггом того факта, что прогрессивный паралич, или нейросифилис, можно вылечить, заразив пациента малярией (возникающее при этом повышение температуры оказывается летальным для спирохеты[1]), был открыт путь разработке чрезвычайно смелых, но порой рискованных новых способов лечения (см. главу 2). Мы остановимся сейчас на двух подходах, получивших распространение в то время: судорожной терапии и психохирургии.

Лечение с помощью комы и судорожная терапия

Первое научно подтвержденное применение индукции судорог при лечении пациентов с психическими расстройствами связано с именем швейцарского врача и алхимика Парацельса (1493–1591). Им был описан случай, когда он заставил пациента с целью излечения его от «лунатизма» пить камфару до тех пор, пока у того не начались судороги (Mowbray, 1959; Abrams, 1997). В XVIII веке некоторые врачи для лечения маний применяли судороги, вызванные камфарой: фон Ауренбрюггер (von Aurenbrugger) в 1764 году, Оливер (Oliver) в 1785 году и Вейкхардт (Weickhardt) в 1798 году (Abrams, 1997). По-видимому, этот способ лечения был забыт и не получил широкого применения, поскольку в научной литературе XIX века он не упоминается.

Современным изобретателем судорожной терапии стал фон Медуна (von Meduna), венгерский врач, которому было ничего неизвестно о первых попытках ис-

---

[1] Бледная спирохета — устаревшее название возбудителя сифилиса, в настоящее время применяется термин «трепонема». — *Прим. перев.*

пользования камфары для индукции судорог при лечении маний, когда в 1934 году он опубликовал свои собственные наблюдения о применении при шизофрении индуцированных эпилептических судорог. Фон Медуна предполагал (как выяснилось, ошибочно), что шизофрения редко встречается у людей, страдающих эпилепсией. Это наблюдение привело его к выводу о том, что шизофрения и эпилепсия в чем-то исключают друг друга и что шизофрению можно лечить, вызывая судороги. Фон Медуна провел первые эксперименты на крысах, а затем использовал камфару для индукции судорог у пациента, страдающего шизофренией. В результате судорожной терапии состояние больного резко улучшилось. В дальнейшем исследователь для индукции судорог использовал лекарство под названием метразол, поскольку оно оказывало более быстрое действие. Работы фон Медуна, хотя и подвергшиеся резкой критике, дали надежду на избавление от некоторых психических расстройств, считавшихся ранее неизлечимыми (Abrams, 1997).

Терапия с помощью инсулиновой комы. Редко используемая в настоящее время терапия с помощью инсулиновой комы была предложена Сакелем (Sakel) в 1932 году как метод физиологического лечения шизофрении и способ отвыкания от морфина. Этот метод заключается в ежедневном введении пациенту все возрастающих доз инсулина (гормона, регулирующего метаболизм сахара в организме) до тех пор, пока у него не разовьется «шок» — гипогликемическая кома, вызванная острым недостатком глюкозы (сахара) в крови. Дозы инсулина, приводящие к коме, вводятся ежедневно до тех пор, пока пациент не впадет в коматозное состояние не менее чем на час, — всего около 50 раз. Коматозное состояние прекращают посредством введения глюкозы. Такое лечение вызывает глубокий биологический и физиологический стресс, особенно сердечно-сосудистой и нервной систем человека. За пациентом необходимо вести пристальное наблюдение как во время коматозного состояния, так и после него, поскольку может возникнуть множество медицинских осложнений, в том числе и фатальных.

Результаты терапии инсулиновой комой, в целом, не оправдали надежд. В случае улучшения самочувствия пациента было очень трудно определить, является ли оно следствием перенесенных коматозных состояний или иных аспектов лечения, например повышенного внимания медицинского персонала. Более того, улучшение наступало у пациентов, демонстрирующих склонность быстро поправляться и после применения других методов лечения; у больных, страдающих тяжелой формой шизофрении, позитивных изменений, как правило, не наблюдалось. Наконец, у пациентов, состояние которых улучшалось после комы, вскоре наступал рецидив заболевания. Учитывая все вышесказанное, а также степень медицинского риска, вряд ли следует удивляться тому, что использование данного терапевтического метода не получило дальнейшего развития (Abrams, 1997).

Электрошоковая терапия. Вскоре после открытия электричества для лечения психических расстройств стали использовать мягкую электрическую стимуляцию как способ вызвать судороги без применения лекарственных препаратов. Еще в 1849 году врач Джон Чарльз Бакнилл, работавший в психиатрической больнице, применил электрическую стимуляцию кожи и оксид калия для успешного лечения пациентов от меланхолической депрессии (Beverige & Renvoize, 1988). Во второй половине XIX века электрическая стимуляция получила широкое применение

в терапии. Однако к концу века из соображений безопасности электричество в лечебных целях стали применять гораздо реже.

Потенциальная ценность лечения электростимуляцией была пересмотрена под влиянием работ фон Медуна, посвященных терапии психических расстройств судорогами, индуцированными метразолом. В 1938 году два итальянских врача, У. Черлетти (Cerletti) и Л. Бини (Bini), посетив бойню и увидев, как животные теряли сознание под действием электрического шока, предложили самый простой метод: пропускание электрического тока через голову пациента. Этот метод, получивший название **электросудорожной терапии (ЭСТ)**, в настоящее время применяется гораздо шире, чем инсулиновая терапия, главным образом благодаря своей эффективности при лечении депрессивных и маниакальных эпизодов. Несмотря на то что ЭСТ получила широкое признание, механизм ее действия так и не удалось объяснить сколько-нибудь удовлетворительно. Ряд исследователей полагают, что терапевтический эффект приносят изменения уровня некоторых нейромедиаторов или чувствительности рецепторов, однако механизм действия данного метода остается загадкой (Abrams, 1997; Gitlin, 1996). Тем не менее по крайней мере в одной из работ было показано, что локализация стимуляции в мозгу и степень плотности тока в различных проводящих путях определяют степень эффективности ЭСТ при депрессии. Поэтому даже если вызвать судороги у всех пациентов, то среди тех, у кого стимуляции подвергнутся определенные проводящие пути, восприимчивыми к лечению окажутся 17%, тогда как среди тех, у кого будут простимулированы другие проводящие пути, этот показатель составит 70%. Таким образом, по всей видимости именно вовлечение определенных нейронных систем играет решающую роль в эффективности лечения. Эта информация может дать ключ к разгадке тайны, окутывающей механизм действия ЭСТ (Sackheim et al., 1993).

Применяются два типа ЭСТ: билатеральная и унилатеральная. Последняя была изобретена позднее и считается менее интрузивной. Мы рассмотрим оба метода. Методика проведения ЭСТ претерпела значительные изменения с момента своего появления, однако основная процедура осталась в целом прежней: короткие электрические импульсы постоянного тока высокой или низкой интенсивности идут с одной стороны головы пациента на другую в течение примерно 1,5 секунды. Пациент теряет сознание, и у него развиваются сильные мышечные сокращения (Abrams, 1997; Gitlin, 1996). В настоящее время используется премедикация анестетиками и миорелаксантами с целью предупреждения слишком сильных судорог; в процессе процедуры осуществляется тщательный и непрерывный мониторинг, снижающий побочные эффекты и риск. Ранее, до появления таких лекарственных препаратов, судороги иногда бывали настолько сильными, что приводили к перелому позвоночника, одному из потенциальных осложнений ЭСТ.

Несколько лет назад была предложена модификация стандартной методики проведения ЭСТ. Вместо того чтобы помещать электроды по обеим сторонам головы в височной области, вследствие чего ток идет в поперечном направлении через оба полушария, новая процедура предусматривает ограниченное его прохождение только по одному полушарию головного мозга, как правило, не доминирующему (для большинства людей — правому). Эта процедура получила название унилатеральной ЭСТ. Существуют убедительные свидетельства того, что она

уменьшает побочные влияния (например, нарушения памяти) без снижения терапевтического эффекта в том случае, если используются более высокие показатели электрического тока. Однако другие исследования говорят о том, что данный метод не может сравниться по эффективности с билатеральной ЭСТ, поэтому многие специалисты предлагают начинать с унилатеральной электросудорожной терапии и в дальнейшем, если после 5–6 сеансов не наступает улучшения, переключаться на билатеральную ЭСТ (Abrams, 1997; Gitlin, 1996).

Всеобщее признание получили случаи излечения депрессии методом ЭСТ. Поразительный пример успешного лечения показан в автобиографической книге Леноры Мак-Кол (McCall, 1947/1961), которая в середине жизни перенесла тяжелое депрессивное расстройство.

Разбор случая: один из первых отчетов о лечении с помощью ЭСТ. М-с Мак-Кол, хорошо образованная женщина, ведущая активный образ жизни, мать троих детей, отметила чувство постоянной усталости как первый признак развития у нее депрессии. Испугавшись, она решила не обращаться за помощью и попыталась бороться с апатией, в которую погружалась все глубже, активно занимаясь разнообразной деятельностью. Однако такая защитная стратегия не принесла ничего, кроме полного истощения сил и эмоциональных ресурсов.

В процессе болезни она заметила, что у нее ухудшилась память, ей с огромным трудом удавалось сосредоточиться на чем-либо. В эмоциональном отношении она испытывала чувство одиночества, пустоту и непрерывно растущий страх по поводу того, что происходило с ней. Она стала рассматривать свои малейшие ошибки и упущения как самые чудовищные преступления и все чаще избегала контактов с мужем и детьми. В конце концов, по настоянию своего врача и мужа м-с Мак-Кол была госпитализирована, несмотря на возражения с ее стороны. Она чувствовала, что ее предали, и вскоре после этого попыталась покончить с собой, разбив стакан для питья и проглотив осколки. К своему величайшему разочарованию, она выжила.

М-с Мак-Кол провела около 4 лет сначала в одной, а потом в другой психиатрической больнице; однако ее состояние ухудшилось. Она была молчаливой и замкнутой, отличалась механическим поведением, угрожающе теряла вес, у нее началось преждевременное старение. Она чувствовала, что от нее исходит отвратительный запах. В это время в больнице, в которой она находилась, в терапевтическую практику ввели ЭСТ.

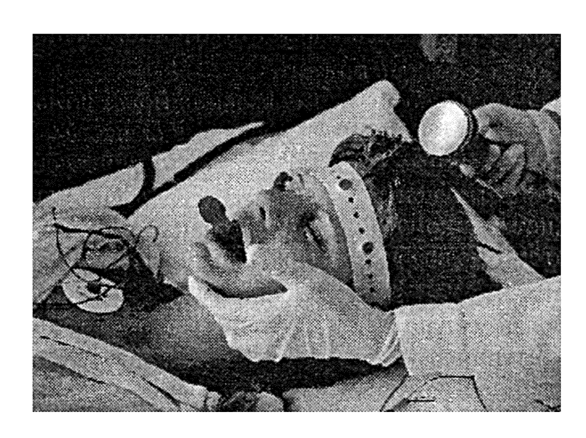
В течение трех месяцев м-с Мак-Кол прошла серию сеансов ЭСТ. Затем, проснувшись однажды утром, она почувствовала, что все переменилось: «Я неожиданно села, мое сердце учащенно забилось. Я оглядела комнату и испытала ощущение чуда. Боже милостивый, я поправилась. Я снова стала собой...» После короткого периода выздоровления она вернулась домой, к мужу и детям, чтобы попытаться наладить нормальную жизнь, течение которой прервалось столь болезненным образом. Ей удалось сделать это, а затем она написала занимательную и информативную книгу, из которой и взята эта история.

В настоящее время применение ЭСТ все еще вызывает определенные разногласия. Против психиатров, использующих ЭСТ, было возбуждено несколько судебных дел в связи с должностным злоупотреблением, главным образом, за то, что они не могли получить соответствующего согласия пациента, что очень трудно сделать, если тот не обладает юридической компетенцией для этого в связи с заболеванием (Abrams, 1997; Leong & Eth, 1991). Однако многие авторитетные ученые выступают

за использование ЭСТ как единственного эффективного способа лечения пациентов с тяжелой депрессией и суицидальными намерениями, особенно в случае воздействия на них нескольких различных антидепрессантов. Зачастую выбор методов лечения, например беременных женщин, страдающих тяжелой депрессией, или пожилых людей, состояние здоровья которых нередко исключает применение антидепрессантов из-за опасных побочных эффектов или непереносимости препаратов, ограничен (Gitlin, 1996). Более того, многочисленные обзоры результатов применения ЭСТ за последние 50 лет позволяют прийти к заключению о том, что она также является эффективным методом лечения маниакальных расстройств у пациентов, не поддающихся лечению фармакологическими методами (эффективность лечения достигает 80%) (Abrams, 1997; Mukherjee, Sackheim & Schnur, 1994). Например, сообщалось (Husain et al., 1993) о длительном применении этого метода (в течение двух лет) в случае с пожилой женщиной, страдающей рецидивирующей манией. Авторы указывают, что ЭСТ (в общей сложности 81 сеанс) оказалась единственным результативным и в то же время безопасным средством контроля маниакальных эпизодов, с оптимальным соотношением стоимости и эффективности.

В настоящее время использование ЭСТ вызывает несколько больше противоречий, чем, скажем, в 1940-х годах, в связи с тем, что в тот период существовало мало столь же эффективных методов. Сегодня разработаны альтернативные подходы, например применение антидепрессантов. Более того, высказывались сомнения по поводу безопасности электросудорожной терапии. Так, нарушения памяти в результате применения ЭСТ могут сохраняться несколько месяцев (Gitlin, 1996). Однако существовавшие ранее опасения по поводу того, что этот метод может приводить к возникновению структурных повреждений головного мозга, не подтвердились; сейчас ясно, что при корректном проведении ЭСТ не наносит никакого ущерба здоровью пациента (Devanand et al., 1994; Gitlin, 1996).

В 1985 году Национальный институт психического здоровья (*National Institute of Mental Health, NIMH*) финансировал проведение Согласительной конференции, посвященной вопросам развития электросудорожной терапии, с целью обсуждения всех проблем, связанных с ее использованием (National Institute of Mental Health, 1985a). Эксперты в области психиатрии, психологии, неврологии, психофармакологии, эпидемиологии и права, а также представители общественности



Сегодня при проведении электросудорожной терапии (ЭСТ) пациенту проводят премедикацию успокоительными препаратами и миорелаксантами с целью предупреждения слишком сильных судорог. До появления таких лекарственных препаратов судороги бывали иногда настолько сильными, что приводили к перелому позвоночника.

рассмотрели следующие вопросы: 1) эффективность ЭСТ для лечения пациентов, страдающих различными расстройствами; 2) риск, связанный с использованием данного метода; 3) показания к применению электросудорожной терапии и 4) основные способы проведения ЭСТ.

Было признано наличие потенциального риска, связанного с применением ЭСТ. Однако эксперты пришли к заключению, что сделано все для того, чтобы практически свести подобный риск к нулю. Смертность вследствие использования ЭСТ, представлявшая собой серьезную проблему в самом начале истории ее применения, была существенно снижена и составляла 2,9 смерти на 10 тыс. пациентов. Участники конференции сочли показатели травматичности и смертности в целом сопоставимыми с таковыми для других методов лечения. Они также высказали мнение о том, при каких расстройствах наиболее целесообразно применение ЭСТ. Эксперты согласились с тем, что эффективность ЭСТ для лечения депрессивных состояний различного типа, особенно психотической депрессии, убедительно доказана (см. главу 6). Кроме того, был сделан вывод, что этот метод можно эффективно использовать при некоторых типах маниакальных расстройств, особенно протекающих в острой форме. С другой стороны, они установили, что в случае некоторых форм депрессии, например дистимической, лечение с помощью ЭСТ не приносит желаемого результата. Хотя иногда электросудорожная терапия применяется для лечения определенных форм шизофрении, убедительных доказательств ее эффективности в этом случае не существует. Согласительная комиссия *NIMH* пришла к выводу, что показатель рецидива в случае использования ЭСТ при депрессиях и маниях является высоким, несмотря на то что после лечения назначались поддерживающие дозы лекарств, блокирующие развитие униполярного или биполярного расстройств. Кроме того, терапию, поддерживающую результаты ЭСТ, приходилось проводить в течение длительного времени, иногда до полугода (Abrams, 1997). Спустя несколько лет Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association, 1992) и Канадская психиатрическая ассоциация (Enns & Reissm 1992) разработали более четкие директивы и стандарты в отношении применения ЭСТ, обучения персонала, участвующего в проведении этой процедуры, и стратегии получения согласия, основанного на представленной пациенту информации.

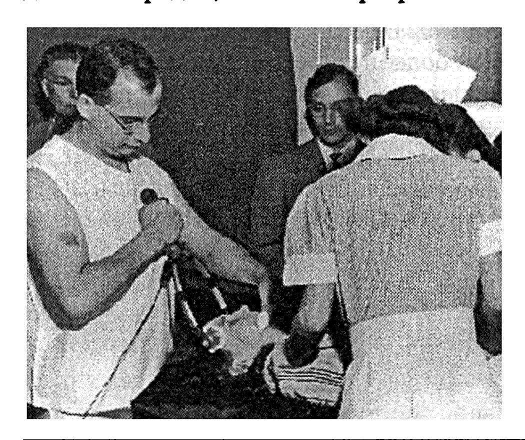
Несмотря на все вопросы и разногласия, терапевтическую эффективность ЭСТ, по крайней мере в случае некоторых видов депрессии и острой мании, доказывают исследования (Abrams, 1997; Giltin, 1996) и свидетельства людей, которым она помогла (Endler, 1990).

Нейрохирургия

Хирургию головного мозга, используемую при лечении функциональных расстройств или расстройств центральной нервной системы, иногда называли **психохирургией.** Однако Миндус с соавторами (Mindus et al., 1993) возражают против такого названия, поскольку душу не оперируют. Они предпочитают использовать термин **«нейрохирургия»**. В этой книге, говоря о проведении хирургических операциях на головном мозге в случае эмоциональных расстройств, мы будем использовать оба эти термина.

В XIX веке при лечении психических заболеваний для облегчения давления на мозговую ткань иногда прибегали к хирургическим операциям на головном мозге (Berrios, 1990), однако непосредственно с целью устранения психологических проблем такие операции стали применять только в начале XX века. В 1935 году в Португалии Антонио Мониц (Antonio Moniz) разработал нейрохирургическую процедуру, благодаря которой лобные доли головного мозга разъединяли с более глубоко расположенными центрами. В конце концов, данная методика превратилась в операцию, известную под названием **фронтальная лоботомия**. Эта операция внесла свой вклад в разработку тех крайних методов, на которые иногда идут специалисты, изыскивая эффективные способы лечения психозов. Иронией судьбы представляется тот факт, что фронтальная лоботомия, приводящая к необратимым структурным изменениям головного мозга пациента и подвергнутая многими специалистами жестокой критике, принесла А. Моницу в 1949 году Нобелевскую премию по медицине.

В течение двух десятилетий, с 1935 года по 1955 год (позже в практику вошли новые антипсихотические препараты), десятки тысяч психически больных в США и в других странах подверглись префронтальной лоботомии или аналогичным процедурам. Фактически в некоторых заведениях оперировали до 50 пациентов в день (Freeman, 1959). Как это часто случается с только что изобретенными методами лечения, первые отчеты были полны энтузиазма и умалчивали о трудностях (показатель смертности составлял 1–4%) и нежелательных побочных эффектах. Однако, в конце концов, пришлось признать, что «побочные эффекты» психохирургии могут быть крайне нежелательными. В одних случаях у больных возникала устойчивая неспособность тормозить импульсы, в других — неестественное «спокойствие» с нежелательной сглаженностью или отсутствием чувств. К 1951 году в Советском Союзе все операции подобного рода были запрещены; в Соединенных Штатах и во многих других странах в настоящее время такие операции производят очень редко, хотя они и разрешены законом. В модифицированной форме они





Здесь показана демонстрация трансорбитальной лоботомии, которую широко практиковали в Соединенных Штатах с 1940-х до конца 1950-х годов. Сначала врач проводит электрошоковую терапию для того, чтобы сделать пациенту анестезию (слева). Сразу после этого другой врач проводит лоботомию (справа). Согласно имеющимся данным, десятки тысяч пациентов подвергались лоботомии, приводящей к необратимому изменению структуры головного мозга (что, в конце концов, и было целью данного метода), а иногда и смерти.

применяются в психиатрии как метод лечения трудноизлечимых заболеваний. Отдельные трагические исходы лоботомии описаны в справке 16.1.

Появление сильнодействующих антипсихотических препаратов вызвало резкое снижение применения психохирургии, особенно префронтальной лоботомии. Такие операции сегодня делают очень редко; их используют в качестве крайней меры для лечения трудноизлечимых психозов, тяжелого и хронического обсессивно-компульсивного расстройства и иногда для уменьшения сильных болей в случае смертельного заболевания.

В своей книге «Великое и отчаянное лечение» (*Great and desperate cures*), вышедшей в 1986 году, Эллиот Валенштейн исследовал историю психохирургии и объяснил, каким образом непроверенное и потенциально угрожающее жизни лечение могло появиться в сфере, где существовал культ научного объяснения, и стать признанным методом лечения, обладая столь незначительным эмпирическим подтверждением. Он сделал вывод, что в основе этого преждевременного и «отчаянного» принятия психохирургии лежали следующие факторы: потребность психиатрии «стать респектабельной» медицинской наукой, обладающей органически-хирургическим методом лечения; профессиональное соперничество между психиатрией, неврологией и нейрохирургией; необходимость предоставления эффективного, но недорого лечения и сохранения контроля над психиатрическими больницами.

Сегодня для лечения психиатрических расстройств гораздо осмотрительнее прибегают к нейрохирургии, чем в дни расцвета лоботомии. Пациентов подвергают более тщательному отбору, а также мониторингу после операции. Более того, в наше время радикальные разрушения головного мозга сведены к минимуму и вредных побочных эффектов отмечается гораздо меньше. Современные хирургические техники позволяют производить избирательное разрушение маленьких участков головного мозга; например, во время процедуры «цингулотомии», которая, по-видимому, облегчает субъективное восприятие боли, в том числе и «психической», маленький пучок нервных волокон, соединяющий лобные доли с подлежащими структурами, известными под названием лимбической системы, перерезают практически с ювелирной точностью (Jenike et al., 1991). Еще один вид нейрохирургических операций — процедура «капсулотомии», — впервые разработанный в Швеции, представляет собой высверливание очень маленьких отверстий в черепной коробке пациента (проводятся тщательные измерения и вводятся миниатюрные термальные электроды в головной мозг). Нагреваясь, электроды разрушают прилежащие клеточные структуры. Согласно сообщениям пациентов, во время такой процедуры они не испытывают каких-либо неприятных субъективных ощущений(Meyerson & Mindus, 1988; Sweet & Meyerson, 1990). Усовершенствованные, более современные версии этого метода позволяют проведение функциональной нейрохирургии с помощью гамма-излучения или протонного луча, что не требует просверливания отверстий в черепе (Rauch & Jenike, 1998). В современной практике нейрохирургия рекомендуется для лечения тяжелых психических расстройств только тем пациентам, которые в течение 5 лет не поддаются остальным способам лечения, применяемым при данных заболеваниях, и страдающим от крайнего проявления симптомов, лишающих их трудоспособности. Пациентам предоставляют нейрохирургическое лечение только в том случае, если они способны понять процедуру и выражают согласие, основанное на полученной ими информации (Rauch & Jenike, 1998).

В настоящее время слишком рано делать окончательные выводы, поскольку известные нам новые психохирургические методы еще не прошли строгого исследовательского контроля, однако результаты, полученные по меньшей мере для одного заболевания, вселяют оптимизм. Так, Миндус с соавторами (Mindus et al., 1993, 1994) отмечают удовлетворительный результат психохирургического вмешательства у 253 пациентов, страдающих тяжелым обсессивно-компульсивным расстройством. Примерно у половины таких пациентов после операции интенсивность симптомов снизилась, по меньшей мере на 35%. При использовании данного экспериментального метода негативные побочные эффекты практически отсутствуют (некоторые пациенты могут испытывать легкие судороги или проходящие головные боли); воздействие на когнитивную деятельность и личностные особенности пациентов отмечается крайне редко (Rauch & Jenike, 1998). В отношении негативных побочных эффектов Миндус с коллегами (Mindus et al., 1993) сообщили, что у пациентов не отмечалось смертей в результате применения психохирургии, равно как и не выявлялось повышение риска суицида (который в прошлом был частым следствием психохирургического вмешательства).

Психофармакологические методы лечения

Долгосрочной целью медицины было обнаружение лекарств, которые могут эффективно бороться с психическими расстройствами. Решение этой задачи, которой наряду с рядом других занимается **психофармакология**, наука, определяющая,

СПРАВКА 16.1

Достижения и последующая трагедия Розмари Кеннеди

Одной из трагических жертв проведения префронтальной лоботомии с целью облегчения поведенческих проблем стала Розмари Кеннеди, сестра президента Джона Ф. Кеннеди и сенаторов Роберта и Эдварда Кеннеди. Розмари была третьим ребенком Джозефа и Роуз Кеннеди, она родилась во время эпидемии гриппа, бушевавшей в 1918 году. Розмари была красивым ребенком с приятным характером, но по мере того как она росла, ее мать все сильнее тревожило отставание дочери в развитии по сравнению с братом и сестрой. Наконец, семья пришла к выводу, что девочка страдает в силу непонятных причин задержкой умственного развития, возможно, с самого рождения, однако даже самые лучшие специалисты ничего не могли посоветовать: «Мы ходили по врачам. От всех нам приходилось слышать одно и то же: „Мне очень жаль, но ничего сделать нельзя". Нас с мужем это раздражало, и мы не знали, как нам поступить» (Goodwin, 1988, p. 416).

Роуз Кеннеди и семья отклонили предложение поместить Розмари в специальное заведение. Она осталась в семье на попечении гувернантки и частных учителей. Девочка участвовала во всех видах деятельности наряду с остальными членами семьи и добилась значительного прогресса. Дорис Кернс Гудвин (Goodwin, 1988), биограф семей Фицджеральд и Кеннеди, упоминает работу по арифметике, выполненную 9-летней Розмари 21 февраля 1927 года. Она правильно решила несколько задач на умножение (428 x 32) и деление (3924 : 6). В возрасте 18 лет Розмари достигла уровня пятого класса по английскому языку и осталась на уровне четвертого класса по математике, которого она достигла еще в 9 лет.

Поскольку в то время задержка умственного развития означала несмываемое клеймо, родители Розмари держали в тайне состояние своей дочери, чтобы не привлекать к семье внима-

какие лекарства и почему помогают при определенных расстройствах, до недавнего времени ускользало из рук. Первые усилия в этом направлении сводились главным образом к поиску лекарств, оказывающих успокоительное или снотворное действие, — средств, которые облегчили бы уход за беспокойными, возбужденными, а иногда и склонными к насилию пациентами. Значительно меньше уделялось внимания возможности того, чтобы с помощью соответствующих лекарственных препаратов реально контролировать статус и течение заболевания; в основном предпринимались попытки повышения управляемости поведения пациента и, следовательно, отказа от таких ограничений, как смирительная рубашка.

По мере развития психофармакологии многие химические соединения были введены в практику и опробованы в психиатрических больницах. Однако практически все препараты, оказывающие желательный успокоительный эффект, имели ряд серьезных недостатков. На уровне эффективной дозы они часто вызывали тяжелую сонливость, а иногда и сон, и, кроме того, ко многим из них вырабатывалось опасное привыкание. В целом в этой области не удавалось достичь сколько-нибудь значимого прогресса вплоть до середины 1950-х годов, когда, как мы увидим далее, произошла настоящая революция в лечении наиболее серьезных заболеваний. Прорыв случился вскоре после открытия лекарств, оказывающих помощь при лечении менее серьезных тревожных расстройств, и признания благоприятного терапевтического воздействия антидепрессантов и солей лития на расстройства настроения.

ние прессы. Несмотря на то что родители Розмари и ее братья и сестры всегда были рядом, готовые защитить ее, она развила в себе навыки, необходимые для успешного появления в свете и даже была представлена королю и королеве Англии в Букингэмском дворце. Британская пресса расточала комплименты Роуз Кеннеди по поводу красоты ее дочерей, и никто не заметил, что Розмари была умственно отсталой.

К сожалению, поведение Розмари ухудшилось в начале Второй мировой войны, когда семья возвратилась в Соединенные Штаты из Англии, где Джозеф Кеннеди был послом. Можно предложить несколько возможных объяснений появлению ухудшения, включая растущую фрустрацию, вызванную тем, что Розмари не могла делать те вещи, с которыми легко справлялись ее братья и сестры, а также то, что ей пришлось покинуть английскую школу, где она достигла определенных успехов. В возрасте 21 года Розмари стала проявлять вспышки ярости и нередко убегала из дома или из школы. Семья очень беспокоилась о ее безопасности, и Джозеф Кеннеди, ничего не сказав Роуз, обратился в поисках разрешения создавшейся ситуации к специалистам-медикам.

Эксперты убедили его в том, префронтальная лоботомия способна творить чудеса. Розмари Кеннеди стала одной из тех, кого подвергли такому «отчаянному» лечению. В случае Розмари хирургическая операция имела трагический исход: исчезло все, чего она смогла добиться ранее, от ее личности и способности к адаптации мало что осталось: «Они сразу узнали, что операция не была успешной. Посмотрев на девочку, можно было видеть, что у нее что-то не в порядке. У Розмари тряслась голова, и она утратила способность говорить. Сейчас уже не вызывал никаких сомнений тот факт, что она не может самостоятельно обслуживать себя, и единственное, что оставалось сделать, – это поместить ее в специальное лечебное заведение» [Энн Гарган Кинг, двоюродная сестра (Goodwin, 1988, p. 744)].

В следующем разделе мы проследим открытие четырех типов химических соединений, которые сегодня широко применяются для лечения психических расстройств: 1) антипсихотических препаратов; 2) антидепрессантов; 3) анксиолитических средств (малых транквилизаторов) и 4) лития (равно как и других препаратов, стабилизирующих настроение). Эти лекарства иногда относят к *психотропным* (изменяющим сознание) *препаратам*, поскольку они в основном воздействуют на психическую жизнь индивида. При изучении лекарств, используемых в терапии, очень важно помнить, что люди различаются по скорости включения лекарств в свой метаболизм, то есть по тому, насколько быстро принятые лекарства разлагаются в организме. Это означает, что разным людям могут потребоваться различные дозы препарата с целью получения желаемого терапевтического эффекта. Определение правильной дозы — критический фактор в лекарственной терапии, поскольку для разных людей слишком большое или слишком маленькое количество лекарства может оказаться неэффективным или (в случае слишком высокой дозы) опасным для жизни.

Антипсихотические препараты

Традиционная группа антипсихотических лекарств называется **нейролептиками**, или *большими транквилизаторами*, однако второе название может вводить в заблуждение, поскольку их действие гораздо шире, чем просто оказание успокоительного эффекта. Они применяются для лечения таких расстройств, как шизофрении и психотические расстройства настроения. Во многих случаях эти лекарственные препараты оказывают успокоительное действие, однако их уникальное качество заключается в том, что они в какой-то степени облегчают или уменьшают интенсивность таких психотических симптомов, как бред и галлюцинации. Иногда и так слишком «спокойный» пациент (например, ушедший в себя или неподвижный) после приема нейролептиков становится активным и начинает реагировать на окружающую среду. Напротив, **анксиолитические препараты** (называемые иногда *малыми транквилизаторами*) способствуют уменьшению напряжения, но никак не затрагивают психотические симптомы.

Несмотря на то что пользу антипсихотических препаратов, или нейролептиков, зачастую преувеличивают, трудно оценить то огромное влияние, которое они оказали на изменение лечебного процесса в обычной психиатрической больнице. Один из авторов этой книги в период обучения, в 1955 году, проработал несколько месяцев в палате для особо тяжелых пациентов в одной из таких больниц, еще до появления описываемых лекарств. Пациенты, лежащие в этой палате, отвечали общепринятому стереотипу сумасшедших. Их поведение характеризовалось некоторыми странностями, они часто лежали нагими, дико кричали, постоянно возникала опасность насилия. Персонал испытывал страх и озабоченность по поводу сохранения контроля над ситуацией. Подобное отношение нельзя было назвать адекватным, исходя из частоты случаев серьезных физических нападений пациентов на работников больницы, однако это крайне затрудняло проведение эффективной терапевтической программы.

Вскоре, достаточно неожиданно, в течение примерно одного месяца, ситуация резко изменилась. Пациентам стали давать новое антипсихотическое средство (хлопромазин). Теперь с этими больными можно было установить личные отношения и

даже начать программу терапии средой — форма психосоциальной терапии, при которой все учреждение рассматривается как терапевтическая община, а основной упор делается на организации осмысленной и конструктивной окружающей среды. Активное участие в создании таких условий принимают сами пациенты посредством своей собственной деятельности. В профессиональной литературе иногда появляются оптимистические сообщения об изменении условий жизни в таких медицинских заведениях. Наступила новая эра лечения в больнице, что в огромной степени стало возможным благодаря появлению этих удивительных лекарств.

Такое кардинальное изменение условий произошло в связи с тем, что в начале 1950-х годов одна из главных фармацевтических фирм синтезировала первый препарат из группы фенотиазина — *хлорпромазин*. Вскоре хлорпромазин стали применять для лечения шизофрении. Первые выдающиеся успехи, связанные с использованием данного препарата, породили бум среди фармацевтических компаний, которые стали производить и выбрасывать на рынок свои собственные варианты соединений на базе фенотиазина. Среди них наиболее широкую известность получили трифлуоперазин (стелазин), промазин (спарин), прохлорперазин (компазин), тиоридазин (меллерил), перфеназин (трилафон) и фторфеназин (пролексин). В настоящее время в Соединенных Штатах на рынке существует большое количество других классов не-фенотиазиновых антипсихотических препаратов, из которых наибольшую известность получили галоперидол (галдол) и клозапин (клозарил). Такое разнообразие не вызывает удивления, если помнить, что практически все антипсихотические средства оказывают общее биохимическое действие: блокируют дофаминовые рецепторы (глава 12). Однако они значительно различаются по силе, с которой блокируют дофамин. В табл. 16.1 указаны некоторые наиболее широко применяемые нейролептические препараты.

Большинство исследований показали, что примерно 60% пациентов, страдающих шизофренией и подвергавшиеся лечению некоторыми традиционными антипсихотическими лекарствами, продемонстрировали почти полную ремиссию позитивных симптомов в течение 6 месяцев (по сравнению с 20% среди тех, кто получал плацебо). Тем не менее 20–30% из них оставались резистентными к этим препаратам, особенно пациенты с яркими негативными симптомами или хронической шизофренией (Sheitman et al., 1998). Более того, эти препараты полезны и при лечении других расстройств с психотическими симптомами: мании, психотической депрессии и шизоаффективного расстройства; их также используют для лечения преходящих психотических симптомов, которые появляются у людей с пограничным личностным расстройством и шизотипическим расстройством личности (Gitlin, 1996). Наконец, их применяют для лечения синдрома Туретта, смягчения ряда симптомов при некоторых формах деменции, например болезни Альцгеймера, особенно бреда, галлюцинаций и паранойи, которые могут развиться при этих состояниях, или ажитированного поведения, иногда проявляющееся у таких пациентов (см. главу 13) (Gitlin, 1996).

Побочные эффекты традиционных антипсихотических препаратов

Тем не менее при постоянном применении высоких доз данные препараты вызывают побочные эффекты, в разной степени неприятные, например сухость во рту и горле, седативное действие и увеличение веса. Кроме того, они приводят к тому,

что называется *экстрапирамидными симптомами* и напоминает симптомы болезни Паркинсона: дрожанию конечностей, спазмам мышц, акинезии (характеризующейся уменьшением спонтанных движений) и акатизии (возбужденному моторному состоянию, которое характеризуется суетливыми и бессмысленными движениями) (Gitlin, 1996). Развитие тех или иных побочных эффектов определяется в первую очередь применением конкретного препарата и индивидуальной чувствительностью пациента к нему. Многие побочные эффекты носят временный характер и могут исчезать при замене одного лекарственного средства на другое того же класса при переходе на другой класс лекарств или уменьшении принимаемой дозы.

У некоторых пациентов особенно тревожным побочным эффектом длительного приема антипсихотических средств становится **поздняя дискинезия** — нарушение моторного контроля, особенно лицевых мышц. Очень редко поздняя дискинезия может носить прогрессирующий и необратимый характер и именно поэтому она считается столь серьезной. Симптомы поздней дискинезии, которые часто исчезают, когда пациент засыпает, причиняют боль тем, кто их видит, а его самого делают нетрудоспособным. Эти симптомы включают в себя непроизвольные резкие движения языка, жевательные движения, облизывание губ, моргание и напоминающие танец движения конечностей. В связи с тем что такие двигательные акты

Таблица 16.1

Часто применяемые антипсихотические препараты

Класс	Общее название (дженерик)	Торговое название	Используется для лечения	Действие и побочные эффекты
а) Слабая блокада дофамина	Хлорпромазин Тиоридазин Мезоридазин	Торазин Меллерил Серентил	Психотические (особенно шизофренические) симптомы, такие как чрезмерная ажитация, бред и галлюцинации; агрессивное или насильственное поведение	Ожидаемый эффект подавления психотических симптомов в чем-то различается. Побочные эффекты, например сухость во рту, вызывают дискомфорт. При длительном применении могут возникать моторные нарушения, например паркинсонизм и поздняя дискинезия
б) Средняя блокада дофамина	Перфеназин Молиндон Тиотиксен Трифлуоперазин	Трилафон Мобан Наван Стелазин		
в) Сильная блокада дофамина	Галоперидол Флуфеназин	Галдол Проликсин		
г) Атипичные	Клозапин	Клозарил	Шизофрения	Подавляет психотическое мышление. Побочные эффекты: заторможенность, судороги, пониженное давление, лихорадка, рвота
	Рисперидон	Рисперсдал	Шизофрения	Как и клозапин, подавляет психотическое мышление, но, по-видимому, вызывает меньше побочных действий

Источник: основано на данных, приведенных в работах: Bohn, 1993; Dunner, 1993; Gitlin, 1996; Nathan & Gorman, 1998.

носят непроизвольный характер, пациент часто даже не замечает их (Gitlin, 1996). Полагают, что эти нарушения развиваются вследствие хронической блокады дофамина в головном мозгу, что порождает сверхчувствительность дофаминовых рецепторов. Поздняя дискинезия может развиться у некоторых больных, принимавших антипсихотические препараты в течение нескольких месяцев или лет, а в некоторых случаях — и после окончания лечения или уменьшения дозы лекарства.

При условии, что пациент продолжает принимать традиционные антипсихотические средства (это обычно рекомендуется делать для уменьшения вероятности рецидива заболевания), то, согласно оценкам, в год развивается примерно 4–5% новых случаев поздней дискинезии в течение первых пяти лет лечения. Этот показатель может быть выше у шизофреников с алкогольной зависимостью (Dixon et al., 1992; Ollvera, Kiefer & Manley, 1990) и особенно у людей старше 55 лет. Данный побочный эффект чаще проявляется у женщин и у больных, которым был поставлен нешизофренический диагноз (например, психотические расстройства настроения). Существуют временные колебания проявления таких нарушений у пациентов (Gitlin, 1996). В случае появления у пациента симптомов поздней дискинезии лечение с использованием антипсихотических препаратов может быть прервано. Несмотря на то что существуют препараты, снимающие симптомы поздней дискинезии, они сами по себе также вызывают неприятные побочные эффекты (Gitlin, 1996). В тех ситуациях, когда у пациента сохраняются психотические симптомы, лечение антипсихотическими препаратами может быть возобновлено. Итак, в каждом конкретном случае необходимо рассмотреть плюсы и минусы применения антипсихотических средств, а также возможность развития симптомов поздней дискинезии. Для того чтобы уменьшить вероятность появления подобных нарушений при медикаментозном лечении хронической шизофрении, клиницисты иногда прибегают к тому, что называется «целевой дозировкой»: препарат дают только в тех случаях, когда появляются симптомы или есть угроза их возникновения, а не постоянно, как это практиковалось ранее; однако следствием применения такого метода становится большое количество рецидивов (Sheitman et al., 1998). Можно назвать еще один способ лечения шизофрении: для уменьшения побочных эффектов препараты применяют в более низких по сравнению со стандартными дозах; в то же время это повышает риск развития рецидива (Sheitman et al., 1998).

Эффект, достигаемый с помощью антипсихотических препаратов, можно показать на примере двух кратких историй болезни пациентов, которые были участниками клинического исследовательского проекта. Целью исследования была оценка различных методов лечения шизофрении (Grinspoon, Ewalt & Shader, 1972).

Разбор случая: два случая лечения антипсихотическими препаратами. М-с Уайт была 19-летней белой замужней женщиной, которой было назначено лечение вследствие постепенного нарастания ажитации и галлюцинаций на протяжении трех месяцев. В первые дни пребывания в больнице у больной продолжались слуховые и зрительные галлюцинации, она выглядела напуганной, сердитой, испытывала замешательство. Она верила, что состоит в особых отношениях с Богом или дьяволом. Ее мышление характеризовалось ослабленными ассоциациями, а эмоциональные реакции не соответствовали его содержанию. В течение последующих двух недель состояние больной продолжало ухудшаться, после чего ей было назначено медикаментозное лечение.

М-с Уайт определили в лечебную группу, в которой пациентам давали тиоридазин (меллерил). Уже в течение первой недели она отреагировала на лечение. Она стала по большей части вести себя спокойно, в соответствии с ситуацией, и даже предприняла несколько попыток социализироваться. Ее состояние продолжало улучшаться, но к четвертой неделе появились признаки слабой депрессии. Доза препарата была увеличена, и пациентка снова пошла по пути к выздоровлению. К 6-й неделе она разумно и эффективно решала реальные проблемы, возникающие в ее жизни, а к 9-й проводила большую часть времени дома, возвращаясь в больницу в прекрасном и дружелюбном настроении. М-с Уайт выписали ровно через 100 дней после ее обращения в больницу, все симптомы заболевания полностью исчезли.

М-р С., старший из трех сыновей в религиозной еврейской семье, был госпитализирован в связи с тем, что у него развились параноидные идеи, появились галлюцинации в первые недели учебы в колледже. Юноша мечтал поступить в колледж, элитную школу в Новой Англии, но чувство неуверенности, испытываемое им, привело к тому, что он стал неумеренно хвастаться своими подвигами на ниве выпивки и похождениями с женщинами. Все вечера он проводил в компании сокурсников, пренебрегая занятиями и прочими обязанностями. Через десять дней он запаниковал, испугавшись исключения, попытался изменить свое расписание и образ жизни, но безуспешно.

Его чувство неуверенности со временем превратилось в убеждение, что окружающие, в том числе и студенты, живущие в его корпусе, настроены против него и что все учащиеся мужского пола хотят вступить с ним в гомосексуальные отношения. К моменту госпитализации он был уверен, что в колледже процветает мошенничество, которое ему необходимо разоблачить, что за ним следит ЦРУ и кто-то собирается убить его. Он слышал голоса и ощущал странные запахи. Он демонстрировал ослабление ассоциаций и невыразительные, неадекватные эмоциональные реакции. При поступлении в больницу ему был поставлен диагноз острой параноидной шизофрении.

М-р С. был направлен в лечебную группу, члены которой получали галоперидол (галдол). Сначала он быстро и благоприятно отреагировал на лечение, но наблюдатели отмечали, что его поведение остается незрелым. Затем, совершенно неожиданно, на пятой неделе лечения он стал напряженным и начал проявлять негативизм и враждебность. В дальнейшем пациент постепенно стал вести себя менее вызывающе и злобно, хорошо реагировал на программу дневного стационара, предложенную его терапевтом, хотя и чувствовал нервозность и озабоченность за стенами больницы. Его состояние улучшилось, и он был выписан через 10 недель после начала медикаментозного лечения.

Через 3 месяца м-р С. снова обратился в госпиталь. Несмотря на то что вначале дела у него обстояли благополучно, в дальнейшем он почувствовал ухудшение параллельно с отвыканием (под наблюдением врача) от галоперидола. В его поведении все сильнее прослеживалось отсутствие эффективного контроля. Он устроил несколько поджогов и был охарактеризован исследователями как «социопат». Через 2 дня после вторичной госпитализации он покинул больницу «вопреки рекомендациям врачей». Его родители немедленно начали хлопоты о помещении сына в другой стационар, и исследователи утратили контакты с ним.

Последние альтернативные атипичные антипсихотические средства

В ходе недавно проведенных исследований шизофреников, резистентных к лечению, основное внимание было сосредоточено на возможности применения альтернативных лекарств, известных как атипичные антипсихотические средства.

Применение первого из этих соединений, клозапина (клозарила), имеющего отличия от других обычных нейролептиков, дало многообещающие результаты (Gitlin, 1996; Kinon & Leiberman, 1996; Sheitman et al., 1998). Исследования показали, что примерно 30% пациентов, которые не реагируют как минимум на три традиционных нейролептика, клозапин может помочь при условии его применения в течение нескольких месяцев (Sheitman et al., 1998). Кроме того, существуют доказательства того, что клозапин и родственные ему препараты могут успешно излечивать как позитивные, так и негативные симптомы шизофрении, в то время как применяемые ранее традиционные нейролептики оказывают воздействие, главным образом, на такие симптомы, как галлюцинации и бред. Использование атипичных антипсихотических препаратов имеет огромное преимущество, поскольку традиционное медикаментозное лечение зачастую не приводит к блокировке немотивированного и асоциального поведения у человека, страдающего шизофренией (негативные симптомы подробно обсуждаются в главе 12).

Однако дальнейшие исследования побочных эффектов этого лекарства показали, что примерно у 1% пациентов, принимающих его, развивается иммунный дефицит, опасный для жизни и уже ставший причиной нескольких смертей. Даже при условии, что клозапин считается самым эффективным средством для лечения шизофрении, его применение требует крайней осторожности и тщательного мониторинга. Потенциально опасные для жизни характеристики данного препарата требуют организации постоянного контроля крови в процессе лечения, для того чтобы избежать негативных эффектов. К сожалению, стоимость лекарства в сочетании с таким мониторингом делает лечение очень дорогим и недоступным для многих пациентов, нуждающихся в нем (Gitlin, 1996; Sheitman et al., 1998). Однако подобные экономические соображения могут оказаться недальновидными. Мелцер с соавторами (Meltzer et al., 1993) продемонстрировали, что клозапин обладает великолепным соотношением стоимости и эффективности, поскольку уменьшает затраты на повторную госпитализацию. Существуют еще четыре новых атипичных антипсихотических препарата, изученных не так хорошо, как клозапин: рисперидон, сертиндол, кветиапин и оланзапин. Эти лекарства, так же как и клозапин, подавляют психотическое мышление, не вызывая при этом многие из негативных побочных эффектов, обычно связанных с употреблением антипсихотических препаратов наподобие фенотиазина, самый серьезный из которых — поздняя дискинезия (Gitlin, 1996; Sheitman et al., 1998). Более того, они, аналогично клозапину, лечат как позитивные, так и негативные симптомы шизофрении. По-видимому, их применение не связано с таким высоким риском развития угрожающего состояния иммунной системы, как в случае приема клозапина. В настоящее время исследователи решают проблему, стоит ли использовать данные лекарства в самом начале лечения с целью предупреждения деградации, наблюдающейся при шизофрении, сопровождаемой множественными активными психотическими срывами. Была высказана гипотеза, подтвержденная рядом серьезных исследований, о том, что по сравнению с традиционными антипсихотическими препаратами атипичные антипсихотические лекарства влияют на другие дофаминовые рецепторы (и, возможно, на другие нейротрансмиттерные системы в целом) (Kinon & Lieberman, 1996).

Антидепрессанты

Впервые **антидепрессанты** стали применять вскоре после введения в практику хлорпромазина в конце 1950-х годов, и их открытие произошло по счастливой случайности. Было установлено, что многие из этих лекарств можно использовать не только в борьбе с депрессивными состояниями; они помогают и при других заболеваниях. Существует несколько основных классов антидепрессантов (табл. 16.2.), которые мы рассмотрим в хронологическом порядке их открытия. Однако следует подчеркнуть, что в настоящее время наиболее широко применяются антидепрессанты последнего поколения.

Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО). Первая группа, ингибитры МАО, включают в себя изокарбоксазид (марплан), фенелзин (нардил), транилципромин (парнат) и селегилин (элдеприл) (см. главу 6). Сначала эти лекарства предусматривалось использовать для лечения туберкулеза; было установлено, что они поднимают настроение у туберкулезных больных (Gitlin, 1996). Позднее было показано, что данные лекарственные препараты эффективны для лечения пациентов, страдающих депрессией. Они ингибируют активность моноаминоксидазы, фермента, присутствующего в синаптической щели. Моноаминоксидаза способствует разложению моноаминовых нейромедиаторов (например, серотонина и норадреналина), которые выделяются в щель. Как уже обсуждалось в главе 6, первая моноаминовая гипотеза депрессии предполагала, что эти лекарства способствуют увеличению доступности моноаминов, препятствуя их разложению. Сегодня мы знаем, что их действие гораздо сложнее, однако до сих пор неизвестно, каким образом они уменьшают депрессию. Сегодня они не имеют широкого применения в связи с тем, что пациент, принимающий их, должен придерживаться строгой диеты, а также из-за множества неприятных побочных эффектов. Тем не менее они используются в определенных случаях атипичной депрессии, характеризующейся гиперсомнией и перееданием и не поддающейся лечению другими классами антидепрессантов (Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Трициклические антидепрессанты (ТЦА). Действие другой группы антидепрессантов, ТЦА, направлено на то, чтобы ингибировать обратный захват норадреналина и серотонина (в меньшей степени), уже выделившихся в синапсе. Их открытие также стало делом случая. Первое соединение из этого класса — имипрамин — исследовали на предмет лечения шизофрении; было установлено, что он повышает настроение у шизофреников, страдавших депрессией. Как уже обсуждалось в главе 6, теория, согласно которой действие этих лекарств направлено на повышение активности норадреналина, оказалась слишком упрощенной. В частности, хотя непосредственный краткосрочный эффект ТЦА заключается в увеличении содержания норадреналина и серотонина в синапсах, долгосрочный эффект этих препаратов (после начала проявления их клинического действия, через 3–5 недель) направлен на функциональное снижение содержания моноаминовых нейромедиаторов (Gitlin, 1996; Thase & Howland, 1995). Известно, что при приеме ТЦА в течение нескольких недель они изменяют многие аспекты функционирования клеток, в том числе функции рецепторов и характер реакции клеток на их активацию, а также синтез нейромедиаторов. Изменения в функционировании клеток совпадают по времени с антидепрессивным воздействием этих препаратов. Следовательно, одно или более из этих изменений участвуют в антидепрессивном действии (см. рис. 16.1).

Таблица 16.2

Часто используемые антидепрессанты и лекарства, стабилизирующие настроение

Класс	Общее название (дженерик)	Торговое название	Используется для лечения	Действие и побочные эффекты
а) ТЦА и аналогичные препараты	Имипрамин Амитриптилин Дезипрамин Нортриптилин Протриптилин Доксепин Тримипрамин Кломипрамин	Тофранил Элавил Норпрамин Авентил Вивактил Синекван Сурмонтил Анафралин	Относительно тяжелые депрессивные симптомы, особенно психотические и униполярные; иногда используется при лечении панического расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства и булимии	Имеют различия по степени облегчения симптомов, проявление эффекта может откладываться на 3–5 недель. Побочные эффекты могут вызывать дискомфорт. Небезопасны при передозировке
б) Существующие ингибиторы МАО	Фенелзин Транилципромин Селегелин	Нардил Парнат Элдерпил	Депрессия, паническое расстройство и социальные фобии	Множественные побочные эффекты, некоторые из них опасны. Использование ингибиторов МАО требует специальной диеты
в) Ингибиторы избирательного обратного захвата серотонина (ИОЗС)	Флуоксетин Флувоксамин Сертралин Пароксетин	Прозак Лувокс Золофт Паксил	Депрессивные симптомы, обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, булимия	Для проявления эффекта требуется 3 недели. Побочные эффекты достаточно мягкие, хотя есть сообщения о поносе, бессоннице и сексуальной дисфункции
г) Атипические антидепрессанты	Тразодон	Дезирел	Депрессия	Действует слабее, чем ТЦА. Мало используется в настоящее время. Минимальный риск передозировки. Побочные эффекты — замедление когнитивной деятельности
	Венлафаксин Бупропион Нефазодон	Эффексор Веллбутрин Серзон	Депрессия	Используются для пациентов, нечувствительных к ТЦА и ИОЗС. Относительно меньшее число побочных эффектов и ниже риск передозировки
д) Антиманические (биполярные) или стабилизаторы настроения	Карбонат лития	Эскалит Литан Литонат	Маниакальные эпизоды и некоторые виды тяжелой депрессии, особенно рекуррентная или чередующаяся с манией	Обычно эффективен при маниакальных эпизодах, но в случае депрессии эффект сильно варьирует, возможно, из-за того, что это заболевание представляет собой гетерогенную группу. Множественные побочные эффекты в случае отсутствия тщательного мониторинга; потенциально очень ядовит
	Карбамазепин	Тегретол	Биполярное расстройство, особенно маниакальные эпизоды	Эффективен при лечении биполярного расстройства. Отмечены нейротоксические побочные эффекты, в том числе неровная походка, тремор, атаксия и повышенная тревожность
	Вальпроат	Депакот	Биполярное расстройство, особенно маниакальные эпизоды	Меньше побочных действий, чем у лития. Часто назначают пациентам, которые не могут принимать литий

Источник: Основано на данных, взятых из следующих работ: Bohn, 1993; Dunner, 1993; Gitlin, 1996, Keck & McElroy, 1998; Nathan & Gorman, 1998; Preskorn & Burke, 1992; Tacke, 1990.

Вплоть до последнего десятилетия в лечебной практике наиболее широко применялись трициклические антидепрессанты и их производные. В первую очередь это было вызвано тем, что другие препараты, например ингибиторы МАО, обладают более высокой токсичностью и требуют строгих ограничений диеты; кроме того, считается, что они имеют менее выраженный терапевтический эффект. Однако многим пациентам, не реагирующим на ТЦА, прекрасно помогают ингибиторы МАО, особенно, как уже отмечалось, в случае нетипичной депрессии. Хотя ингибиторы МАО токсичнее, чем трициклические антидепрессанты, ТЦА также вызывают такие неприятные побочные эффекты, как сухость во рту, утомляемость, головокружение, снижение остроты зрения, запоры и иногда нарушения эрекции у мужчин. Поэтому некоторые пациенты принимают эти препараты недостаточно долго для того, чтобы мог проявиться их терапевтический эффект. Кроме того, поскольку ТЦА высокотоксичны в большой дозе, достаточно опасно прописывать их склонным к суициду пациентам, которые могут использовать лекарство для передозировки. К обычным трициклическим антидепрессантам относятся имипрамин (тофранил), амитриптилин (элавил), дезипрамин (норпрамин) и нортриптилин (авентил).

Ингибиторы избирательного обратного захвата серотонина (ИОЗС). «Второе поколение» антидепрессантов начали выпускать в 1988 году, и с тех пор именно они господствуют на рынке. Это такие ингибиторы избирательного обратного захвата серотонина, как флуоксетин (прозак), сертралин (золофт) и пароксетин (паксил). Химическая структура этих препаратов не соответствует остальным антидепрессантам. Из самого названия следует, что ИОЗС осуществляют ингибирование обратного захвата серотонина, выделившегося в синаптическую щель. В отличие от трициклических антидепрессантов они селективно ингибируют обратный захват серотонина, а не обратный захват серотонина и норадреналина. Этот класс антидепрессантов с самого начала создавали, исходя из знаний о связи биохимического дисбаланса с расстройствами настроения. С 1990-х годов стали отдавать

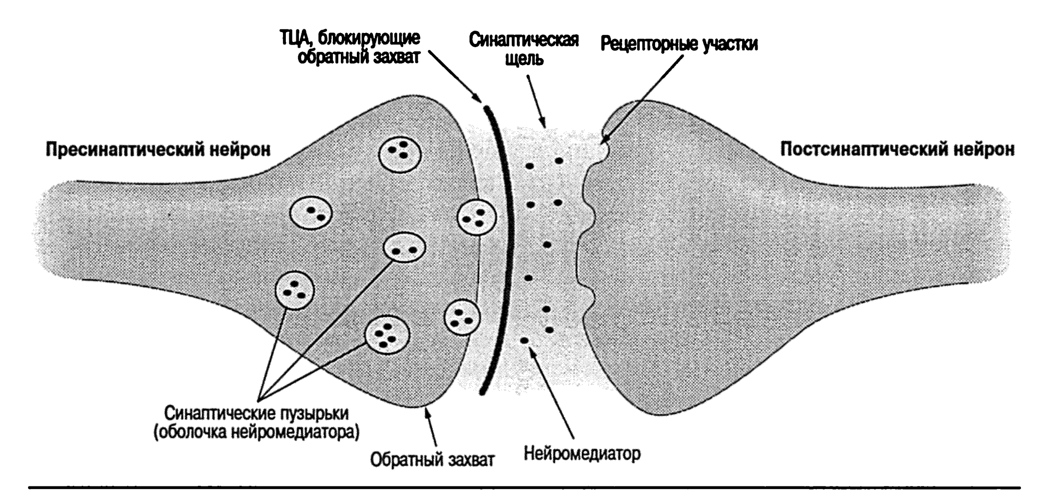


Рис. 16.1. Трициклические антидепрессанты как блокираторы обратного захвата
Адаптировано из: Gitlin, 1996, p. 287.

предпочтение ИОЗС, поскольку предполагали, что эти препараты относительно безопасны, их легче применять, они вызывают меньше побочных эффектов. Кроме того, в отличие от трициклических антидепрессантов передозировка ИОЗС не влечет за собой фатальных последствий. Однако следует отметить, что они не считались более эффективными, чем ТЦА. Важно отметить и то, что эти препараты могут применяться более широко и лучше переносятся пациентами. В справке 16.2 «Современная жизнь: Открывает ли фармакология дверь личностным изменениям?» обсуждаются некоторые наиболее противоречивые аспекты применения ИОЗС.

Клинические испытания ИОЗС показали, что у пациентов наступает улучшение спустя 3–5 недель после начала лечения. Достаточно часто сообщают о таких нежелательных побочных эффектах их применения, как тошнота, понос, нервозность, бессонница и сексуальные нарушения (от уменьшения реакции возбуждения до нарушения эрекции и/или задержки наступления оргазма) (Giltin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998). Вначале появилось несколько сообщений о том, что прозак способствует возникновению суицидальных намерений (Cole & Bodkin, 1990; Papp & Gorman, 1990). Однако более поздние исследования показали, что его использование, как и остальных ИОЗС, связано с самоубийствами ничуть не больше, чем применение других классов антидепрессантов (Giltin, 1996). Поскольку они вызывают меньше побочных эффектов и более безопасны, с 1988 года в Соединенных Штатах антидепрессанты стали выписывать значительно чаще. К 1997 году прозак прописали более чем 25 млн американцев (Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Атипические антидепрессанты. В настоящее время существует новая гетерогенная группа антидепрессантов, которые отличаются не только друг от друга, но и от остальных препаратов. Например, тразодон (дезирел) стал первым антидепрессантом, используемым в Соединенных Штатах, передозировка которого не приводит к летальному исходу. Предполагается, что он в незначительной степени блокирует обратный захват серотонина и действует на серотониновые рецепторы как его антагонист. В момент появления тразодон казался очень перспективным препаратом, но его применение ограничивается тем, что он вызывает очень сильный седативный эффект. Иногда тразодон прописывается пациенту для приема на ночь в сочетании с ИОЗС, что помогает предотвратить негативное влияние последнего на сон. В некоторых случаях он может вызывать стойкие нарушения эрекции у мужчин (Gitlin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Более перспективным антидепрессантом считается бупропион (веллбутрин), появившийся в 1989 году и не блокирующий обратный захват серотонина или норадреналина. Бупропион усиливает действие норадреналина благодаря другим механизмам (Gitlin, 1996). По своему действию он сопоставим с ТЦА и ИОЗС, но в отличие от них не оказывает нежелательного воздействия на половую систему. Бупропион вызывает меньше неприятных побочных эффектов по сравнению с трициклическими антидепрессантами, хотя и может способствовать развитию бессоницы, тревожности и головной боли (Gitlin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Еще одним перспективным средством стал антидепрессант венлафаксин (эффексор), появившийся на рынке в 1994 году. Данный препарат, подобно трициклическим антидепрессантам, блокирует обратный захват норадреналина и серотонина, однако он вызывает побочные эффекты, сходные в большей степени с эффектами при приеме ИОЗС, чем ТЦА, и относительно безопасен при передозировке.

Одним из преимуществ венлафаксина является то, что он помогает многим пациентам, не реагирующим на остальные антидепрессанты, и, по-видимому, более эффективен, по сравнению с ИОЗС, при лечении тяжелых депрессий. Результаты его применения можно наблюдать примерно через 2 недели после начала приема, а не через 3–5 недель, как ИОЗС (Gitlin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Наконец, нефазодон (серзон), появившийся только в 1995 году, по действию напоминающий ИОЗС, блокирует обратный захват серотонина, но вызывает и более сложный эффект. Одним из его преимуществ по сравнению с другими антидепрессантами является то, что он не оказывает влияния на сексуальную потенцию и не приводит к бессоннице. Подобно венлафаксину, его эффект проявляется гораздо быстрее, чем у ИОЗС. Однако нефазодон нельзя применять в сочетании с некоторыми антигистаминными препаратами, которые обычно используются для лечения простуд и аллергии, а также с анксиолитическими средствами, принадлежащими к бензодиазепиновому классу (Nemeroff & Schatzberg, 1998).

Фармакологическое лечение депрессии часто приводит к поразительным результатам. Улучшение, наступающее после применения антидепрессантов, очень резко отличается от эффекта антипсихотических препаратов, которые, по-видимому, лишь

СПРАВКА 16.2. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Открывает ли фармакология дверь личностным изменениям?

В настоящее время врачи чаще всего прописывают такие лекарства, как прозак (флуоксетин) и другие, с аналогичным фармакологическим действием, прежде всего ингибирующие механизм обратного захвата нейромедиатора серотонина, например паксил (пароксетин) и золофт (сертралин). Изначально их считали антидепрессантами, применяемыми исключительно для психиатрического лечения относительно тяжелых расстройств настроения, однако сейчас к ним часто прибегают многие врачи, в том числе и не психиатры, для того чтобы облегчить жалобы тех пациентов, которые чувствуют себя несчастными. В этом смысле такие препараты играют ту же роль в общей медицинской практике, что и бензодиазепины (такие анксиолитические препараты, как валиум) в 1970-х и 1980-х годах. Данные фармакологии говорят о том, что многие люди чувствуют себя лучше, когда в синапсах нейронов головного мозга в изобилии присутствует серотонин.

Какова же в данном случае природа хорошего самочувствия? Можем ли мы описать его более точно в терминах психоактивных свойств этих препаратов? Попытка строго научно ответить на эти вопросы была предпринята в популярной и во многих отношениях выдающейся книге психиатра Питера Кремера «Прислушиваясь к прозаку». Автор исходит из предположения о том, что прозак делает гораздо больше, нежели просто улучшает депрессивное состояние; на самом деле во многих случаях он способствует личностным изменениям, обычно в позитивном направлении, улучшая самооценку индивида. Кремер описывает случаи, когда после применения препарата люди начинали чувствовать себя гораздо лучше, чем до депрессии, буквально «лучше, а не просто хорошо», или как им удавалось открыть свое «подлинное» Я, отличающееся от ранее существовавшей личности и приносящее гораздо больше удовлетворения. В свете такого положительного воздействия на субъективное благополучие пациенты, как правило, неохотно отказываются от приема препарата, как и при употреблении больших доз бензодиазепинов.

подавляют симптомы шизофрении. Однако еще рано делать какие-либо окончательные выводы, поскольку наблюдения говорят о том, что люди, страдающие от тяжелой депрессии, в отличие от тяжелой шизофрении часто реагируют на любое лечение (например, на использование плацебо) или вообще могут выздороветь без всякого медицинского вмешательства (Nemeroff & Schatzberg, 1998). Однако депрессия зачастую носит повторяющийся характер, и поэтому препараты приходится применять в течение длительного времени. В случае прекращения приема лекарств при первых признаках исчезновения симптомов существует высокая вероятность рецидива, возможно, потому, что депрессивный эпизод все еще присутствует в скрытой форме и удалось подавить лишь его симптоматическое проявление (Frank et al., 1990). Долгосрочное применение таких препаратов часто является эффективным способом предотвращения рецидива и повторных эпизодов у пациентов, склонных к рекуррентному течению заболевания (Gitlin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998).

На протяжении последних 15 лет большая часть исследований была направлена на определение, каким образом препараты облегчают течение депрессии, какой способ лечения или комбинация способов наиболее пригодны для пациентов, страдающих депрессией (Gitlin, 1996; Nemeroff & Schatzberg, 1998). В целом примене-

П. Кремер исследовал гипотезу о воздействии прозака на базовые психологические процессы и пришел к выводу, что человек, принимающий данное лекарство, становится менее чувствительным к неодобрению, критике и отторжению окружающих. Несомненно, подобный эффект может быть полезным для достаточно часто встречающихся индивидов, которые слишком сильно зависят от непрерывного получения знаков любви и одобрения со стороны окружающих и чувствуют себя несчастными в случае возникновения негативной обратной связи. Однако очевидно и другое: уменьшение чувствительности к окружающей среде в конце концов ограничивает способность человека к адаптации. Такую ситуацию можно наблюдать, когда человек полностью забывает о реакции окружающих на его поведение. Если субъективная социальная неуязвимость и нечувствительность будут присущи всем людям, это может серьезно помешать разумному устройству мира.

Кремер в своей книге обращает внимание на проблемы, возникающие в связи с доступностью лекарства, которое не только облегчает течение болезни, но и изменяет личность многих людей, хотя и приятным для большинства из них образом. В этом контексте могут возникнуть совершенно другие, отличные от первоначальной задачи выздоровления цели. Возможно, что психиатры и другие специалисты окажутся неподготовленными к решению этой проблемы. Автор, несомненно, прав, предсказывая, что прозак – лишь первый среди большого количества легальных препаратов, которые появятся в скором будущем и обладающих способностью менять личность. Иначе говоря, мы стоим на пороге эпохи «косметической психофармакологии», которая позволит человеку самому выбрать основные аспекты своей личности, точно так же как сегодня он может выбирать себе форму носа. Подобные соображения предполагают наличие странной и в некоторой степени пугающей перспективы, что в один прекрасный день многие социальные группы окажутся состоящими из индивидов с синтетическими личностями. По мнению критиков, заслуга П. Кремера состоит в том, что он привлек внимание к фундаментальным проблемам и возможным перспективам психофармакологии.

ние антидепрессантов для лечения депрессивных эпизодов продемонстрировало свою достаточно высокую краткосрочную эффективность, несмотря на недостаток наших знаний о механизме их действия и оптимальных способах лечения определенных групп пациентов. Тем не менее незначительное количество пациентов, страдающих тяжелой депрессией, не реагирует ни на какие из ныне существующих антидепрессантов; в отношении их можно попробовать применить альтернативные способы вмешательства, например электросудорожную терапию.

Использование антидепрессантов для лечения тревожных расстройств, булимии и расстройств личности. Помимо лечения депрессии, антидепрессанты широко применяют и в случае многих других заболеваний. Например, как обсуждалось в главе 5, некоторые трициклические антидепрессанты (особенно имипрамин и кломипрамин) помогают при лечении панического расстройства (Roy-Byrne & Cowley, 1998; Wolfe & Maser, 1994); более того, существуют предварительные данные о том, что для этих целей можно применять и ИОЗС (Gitlin, 1996; Roy-Byrne & Cowley, 1998). Однако некоторых людей, страдающих паническим расстройством, сильно беспокоят побочные эффекты, возникающие в результате применения трициклических антидепрессантов (эти препараты вызывают симптомы, к которым особенно чувствительны данные пациенты), вследствие чего им приходится отказываться от медикаментозного лечения. В течение последних десяти лет во многих работах высказывалось мнение о перспективности ИОЗС, а не ТЦА для лечения панического расстройства (Roy-Byrne & Cowley, 1998).

Наконец, некоторые антидепрессанты используют для лечения обсессивно-компульсивного расстройства (см. главу 5). Кломипрамин (трициклический антидепрессант, который оказывает более сильное влияние на активность серотонина по сравнению с остальными ТЦА) считается самым лучшим препаратом для лечения обсессивно-компульсивного расстройства. Однако лекарства из группы ИОЗС (например, прозак), также считают весьма перспективными, и они вызывают меньше побочных эффектов, чем кломипрамин (Gitlin, 1996; Rauch & Jenike, 1998). Антидепрессанты успешно применяются и при лечении генерализированного тревожного расстройства (Gitlin, 1996; Roy-Byrne & Cowley, 1998). Кроме того, было показано, что ингибиторы моноаминоксидазы эффективно лечат социальную фобию; имеются факты, что в этом случае помогают и ИОЗС (Gitlin, 1996; Roy-Byrne & Cowley, 1998). И ТЦА и ИОЗС широко применяют для лечения булимии. Многие, но не все исследования продемонстрировали, что по сравнению с плацебо данные антидепрессанты уменьшают переедание и рвоту (Gitlin, 1996; Wilson & Fairburn, 1998). Наконец, пациенты, страдающие расстройствами личности из кластера Б, например, обладающие пограничной личностью, иногда демонстрируют ослабление некоторых симптомов при условии, что они принимают ИОЗС; наиболее сильно уменьшаются лабильность настроения, импульсивность и раздражительность; однако в будущем необходимо провести дальнейшие исследования в этой области.

Анксиолитические препараты

Часто можно услышать мнение, что наше время — эпоха тревог. Однако справедливо и то, что наше время — эпоха поиска способов снижения тревоги. Американцы ежедневно потребляют миллионы упаковок лекарств, снимающих тревогу и напряжение. Кроме того, жители Соединенных Штатов прибегают и к другим методам для

борьбы с беспокойством: от биологической обратной связи до отправления различных религиозных ритуалов, полезных напряженным нервам. Рынок лекарственных средств, для приобретения которых не требуется рецепта, таких как алкогольные напитки, марихуана и еще более опасные вещества, беспрецедентно вырос с 1960-х годов, главным образом благодаря желанию людей уменьшить свою тревогу.

Помимо барбитуратов (см. главу 10), редко применяемых в наши дни, поскольку к ним часто развивается привыкание, а превышение дозы таких лекарств опасно для жизни, в течение последних 40 лет появились еще два класса **анксиолитических препаратов** (анксиолитиков, или малых транквилизаторов). В табл. 16.3 приведены анксиолитики, принадлежащие к обоим классам. Представители первого из них появились примерно в 1960 году и получили название «пропандиолы» (к ним принадлежали в основном соединения мепрабомата). По всей видимости, они снижают мышечное напряжение, поэтому пациент испытывает расслабление и эмоциональное успокоение. Сначала считалось, что они не вызывают привыкания и безопасны при передозировке, однако в дальнейшем данное предположение не получило подтверждения. Поэтому в наши дни они применяются очень редко.

Ко второму классу анксиолитических препаратов относятся бензодиазепины, первые представители которых появились на рынке в начале 1960-х годов. Вплоть до самого последнего времени их потребление в Соединенных Штатах росло

Таблица 16.3

Часто используемые анксиолитические препараты (малые транквилизаторы)

Класс	Общее название (дженерик)	Торговое название	Назначение	Действие и побочные эффекты
а) Пропандиолы (сегодня используются редко)	Мепробамат	Экванил Милтаун	Непсихотические личностные проблемы, основными характеристиками которых являются тревога, напряжение или приступы паники; используются также как противосудорожные и снотворные препараты (особенно флуразепам, триазолам и темазепам)	Имеются различия в специфике воздействия этих препаратов при снятии напряжения. Часто используются для лечения симптомов при отвыкании от алкоголя. Побочные эффекты — вялость и сонливость
б) Бензодиазепины	Диазепам Хлордиазепоксид Флуразепам Оксазепам Клоразепат Алпразолам Клоназепам Триазолам Темазепам Лоразепам	Валиум Либриум Далман Серакс Транксен Ксанакс Клонопин Халкион Ресторил Ативан		
в) Новые анксиолитики	Буспирон	Буспар	Генерализованное тревожное расстройство	Для проявления эффекта требуется 1–4 недели. Бесполезны при лечении острой тревоги. Не обладают седативным эффектом, не развивают привыкания

с угрожающей скоростью. Однако благодаря эффективности предостережений об опасности развития привыкания к этим средствам, в настоящее время уровень из применения снизился (см. справку 16.3). К этой группе относятся хлордиазепоксид (либриум), диазепам (валиум), оксазепам (серакс), клоназепам (клонопин), флуразепам (далман) и алпразолам (ксанакс). Как показали экспериментальные исследования, проведенные на животных, самое поразительное действие данных препаратов заключалось в том, что проявлялось поведение, ингибированное условной тревогой, при этом общая его эффективность не нарушалась. Другим словами, бензодиазепины избирательно снижают генерализованную тревогу, но оставляют интактным адаптивное поведение. Таким образом, они во многом превосходят другие типы препаратов, снижающих тревогу и склонных оказывать негативное воздействие на адаптивное функционирование.

Побочные эффекты анксиолитических препаратов. Тем не менее все бензодиазепиновые анксиолитические препараты оказывают общий седативный эффект на весь организм, и многие пациенты в связи с этим жалуются на сонливость, что не вызывает удивления, поскольку чаще всего препараты применяют для лечения бессонницы. Необходимо также подчеркнуть, что существует серьезная опасность развития зависимости от этих веществ, если их применяют неразумно или в чересчур высоких дозах (Gitlin, 1996; Roy-Byrne & Cowley, 1998). Поскольку существует потенциальная возможность развития зависимости, процесс отвыкания от этих препаратов проходит весьма сложно, и на него может потребоваться несколько недель или месяцев. Это особенно верно в отношении сильнодействующего бензо-

СПРАВКА 16.3

Химически индуцированный сон: стоит ли рисковать?

По оценкам, как минимум треть населения страдает хотя бы иногда от бессонницы; данный показатель значительно выше для лиц с расстройствами, описанными в этой книге. Большая часть людей в таких случаях не обращаются за помощью, однако многие все же делают это. Примерно 4% населения Соединенных Штатов принимают лекарства, помогающие им заснуть (Gitlin, 1996). К самыми широко применяемым средствам при борьбе с бессонницей относятся анксиолитические препараты бензодиазепинового ряда, некоторые из них называют снотворными. Обычными снотворными, которые прописывают именно для этой цели, являются флуразепам (далман), триазолам (халкион) и темазепам (ресторил), однако иногда применяются и другие бензодиазепины, официально не относящиеся к снотворным (например, валиум и ксанакс). Эти препараты прописывают многим пациентам, госпитализированным в связи с соматическими заболеваниями.

В ответ на это чрезмерное увлечение анксиолитическими лекарствами Институт медицины (*IOM*) Национальной академии наук опубликовал доклад, в котором подчеркивалась опасность такого лечения проблем со сном. Отметив, что барбитураты справедливо заслужили свою репутацию опасных лекарств, авторы доклада указывали, что бензодиазепины могут оказаться столь же опасными, а в некоторых случаях их прием связан с еще большим риском. Например, флуразепам, хотя и не вызывает такого привыкания, как барбитураты, длительное время сохраняется в организме в виде метаболитов, что приводит к накоплению токсических веществ, которое может достигнуть критического уровня после недели регулярного приема. Передозировка флуразепама сама по себе обычно не бывает опасной для жизни, однако

диазепина ксанакса, широко используемого для лечения панического расстройства (см. главу 5). Более того, после окончания курса приема таких препаратов очень высока вероятность последующего рецидива (Roy-Byrne & Cowley, 1998). Например, при применении ксанакса рецидив отмечается у 60–80% пациентов, страдающих паникой (McNally, 1994). По-видимому, это обусловлено главным образом тем, что эти препараты лечат симптомы заболеваний, которые сами по себе являются хроническим состоянием (хотя их интенсивность и может варьировать).

Спектр применения анксиолитических препаратов достаточно широк. Они используются при всех состояниях, составной частью которых является напряжение и тревога, включая связанные с тревогой психофизиологические расстройства. Они также используются как дополнительное средство для снятия таких симптомов, как судорожные припадки, но редко применяются для лечения психозов. Анксиолитические препараты относятся к тем средствам, которые чаще всего прописывают врачи, что не может не вызывать тревогу, поскольку к ним легко развивается привыкание и они обладают сильным седативным эффектом.

Влияние на ГАМК. Продолжающиеся исследования бензодиазепинов и родственных им веществ, несомненно, приведут в будущем к важным достижениям в области лечения тревоги и других состояний. Наиболее вероятно, что бензодиазепины действуют посредством стимуляции действия гаммааминомасляной кислоты (ГАМК), нейромедиатора, функциональный дефицит которого, как предполагают в настоящее время, существует у людей, страдающих генерализованной тревожностью (Gitlin, 1996; Roy-Byrne & Cowley, 1998). ГАМК — тормозной медиатор —

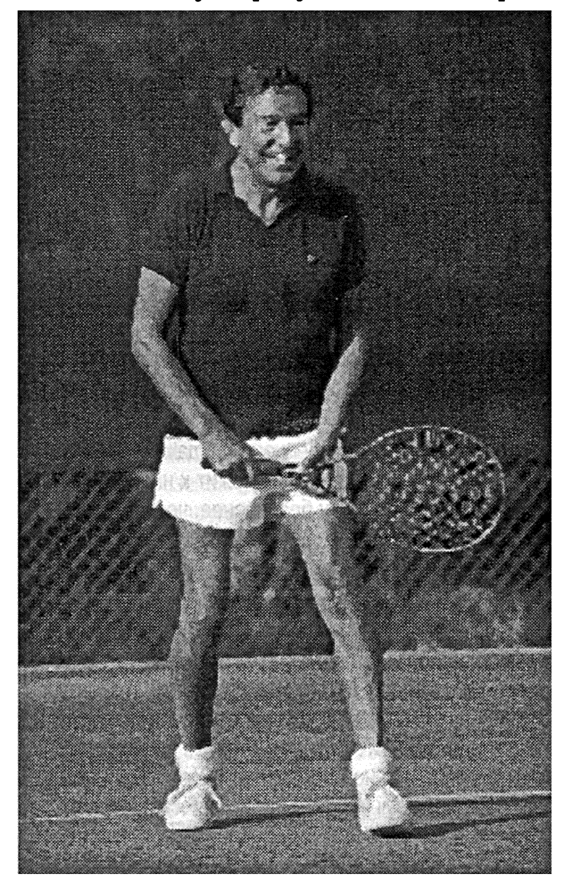
в результате взаимодействия с другими веществами, например алкоголем, он может приводить к летальному исходу. Исследователи пришли к заключению, что вследствие своих зачастую неверно понимаемых особенностей, флуразепам, по сравнению с препаратами предыдущих поколений, такими как барбитураты, не уменьшил количества смертей, приписываемых снотворным лекарствам. Однако многие другие снотворные не обладают столь продолжительным действием, как флуразепам. Они могут быть менее токсичны, однако их употребление связано с опасностью развития зависимости и тяжелым отвыканием.

Одно из относительно новых снотворных – золпидем (амбиен), выпущенное в продажу в 1993 году, в некоторых отношениях напоминает бензодиазепины, но не принадлежит к ним и обладает рядом уникальных свойств. Многие эксперты считают, что он безопаснее, чем бензодиазепины, поскольку меньше связан с необходимостью отвыкания (Gitlin, 1996).

В последние 15–20 лет снотворные препараты (и другие бензодиазепины) значительно реже прописывают пациентам в связи с возможной опасностью их неправильного использования. Однако многие специалисты считают, что ими все еще злоупотребляют. Особенно тревожит тот факт, что с возрастом доброкачественная бессонница усиливается. Тем не менее на долю пожилых людей приходится 39% всех рецептов на снотворные пилюли. В зрелом возрасте особенно высок риск появления случайного побочного действия этих препаратов, что иногда может приводить к сонливости в дневное время и спутанности сознания, которые члены семьи и социальные работники могут принять за признаки сенильной деградации. Учитывая риск, связанный с приемом снотворных препаратов, следует помнить, что периодическая бессонница отнюдь не угрожает жизни.

обычно играет важную роль в ингибировании нашим мозгом тревоги в ситуациях стресса. По-видимому, бензодиазепины усиливают активность ГАМК в определенных участках головного мозга, отвечающих за развитие тревожности, например в лимбической системе. В результате они ингибируют тревожность, что не требуется нетревожному человеку с нормальным уровнем активности ГАМК. Кроме того, поскольку эти соединения обладают седативным, миорелаксантным и противосудорожным действием, можно дифференцировать специфические рецепторы и открыть различные вещества, избирательно влияющие на эти рецепторы. Помимо несомненной клинической важности, исследования в этой области имеют большое значение для понимания процессов, происходящих в головном мозгу.

Буспирон. Единственным представителем нового класса анксиолитических препаратов, появившихся в начале 1990-х годов, стал буспирон (буспар), который не имеет никакого отношения к бензодиазепинам и, как полагают, воздействует, скорее, на серотонинэргические функции, а не на ГАМК. Было продемонстрировано, что в отношении лечения генерализованного тревожного расстройства он столь же эффективен, как и бензодиазепины (Gitlin, 1996; Roy-Byrne & Cowley, 1998). В то же время пациенты, принимавшие ранее бензодиазепины, менее чувствительны к буспирону, чем те, кто не принимал их. Возможно, это следствие того, что релаксирующие свойства буспирона слабее, чем бензодиазепинов, и, значит, не столь сильно подкрепляются. Фактически главный недостаток его применения состоит в том, что требуется от 2 до 4 недель для того, чтобы проявился анксиолитический эффект, и, следовательно, он бесполезен в острых ситуациях или для лечения бессонницы. Основное достоинство данного препарата — отсутствие привыкания и седативного эффекта, основных недостатков бензодиазепинов.



Майк Уоллес, участник знаменитой программы «60 минут», один из многих знаменитых людей, которые рассказали публике о том, как они перенесли депрессию.

Литий и другие препараты, применяемые при биполярном расстройстве настроения

В конце 1940-х годов Джон Кейд из Австралии обнаружил, что соли лития, например карбонат лития, эффективны для лечения маниакальных расстройств. Один из пациентов Д. Кейда в результате лечения литием продемонстрировал значительное улучшение состояния.

Разбор случая: первый случая лечения литием. Мистер У. Б., в возрасте 51 года, находился в состоянии хронического маниакального возбуждения в течение 5 лет. Его поведение было настолько невыносимым и деструктивным, что в больнице его долгое время считали самым трудным пациентом в палате.

Ему прописали препарат лития, и через три недели его состояние улучшилось настолько, что он был переведен в палату для выздоравливающих. Мистер У. Б. оставался в госпитале еще в течение двух месяцев, и его поведение за это время стало практически нормальным. Перед выпиской он стал получать другую форму солей лития, поскольку препарат, назначенный ему ранее, вызвал у него расстройство желудка.

Вскоре мистер У. Б вернулся к работе и активной жизни. Он чувствовал себя настолько хорошо, что вопреки рекомендациям прекратил прием лития. Вскоре после этого он постепенно становился все более и более раздражительным, и через 6 месяцев после выписки из больницы оставил работу. Еще через 5 недель он вернулся в больницу в остром маниакальном состоянии.

Немедленно было возобновлено лечение литием, что быстро привело к положительному результату. Через месяц врачи сообщили м-ру У. Б., что он может вернуться к работе и семье, но должен продолжить прием лития в прописанной дозе.

Этот случай произошел за 20 лет до того, как лечение литием стали применять в Соединенных Штатах в 1970-х годов. Существовало по меньшей мере две причины такого опоздания. Во-первых, литий применяли как замену поваренной соли для гипертоников в 1940–50-х годов, в то время его токсический побочный эффект еще не был обнаружен. В результате, произошло несколько трагических смертей, и медицинское сообщество стало очень настороженно относиться к использованию лития для любых целей. Во-вторых, поскольку данное вещество представляет собой природное соединение, его нельзя запатентовать. Это означает, что фармацевтическим компаниям невыгодно вкладывать инвестиции в исследования такого вещества. Тем не менее к середине 1970-х годов литий получил высокую оценку в психиатрии (Gitlin, 1996).

Однако существуют серьезные ограничения в применении этого лекарства. Прежде всего, в больших дозах литий может быть токсичным, вызывать многочисленные побочные эффекты и даже приводить к смерти. В то же время, если он не оказывает выраженного терапевтического воздействия, его приходится использовать в потенциально опасных дозах, поскольку степень риска варьирует у разных людей. Таким образом, в начале лечения литием следует тщательно следить за его концентрацией в крови и поведенческими характеристиками пациента с целью установления минимальной эффективной дозы. Для каждого индивида существует относительно узкий спектр эффективности этого препарата. Если лекарства будет слишком мало, то терапевтический эффект окажется ничтожным; если слишком

много — может наступить летальный исход. Помимо таких потенциально опасных побочных эффектов, у некоторых пациентов литий вызывает ряд неприятных последствий: сонливость, снижение двигательной координации, желудочно-кишечные расстройства, повышенную жажду и мочевыделение, прибавку веса. Многие пациенты, страдающие биполярным расстройством, утрачивают энергию, типичную для эпизодов гипомании, поэтому, столкнувшись с неприятными побочными эффектами и не испытывая эмоционального подъема, они могут прекратить прием препарата. В справке 16.4 описаны причины, в силу которых выдающийся клинический психолог, специалист по биполярному расстройству, Кей Джеймисон, сама страдающая им, в течение многих лет с трудом заставляла себя принимать это лекарство.

Несмотря на то что мы не знаем, как именно действуют эти препараты, не вызывает сомнения высокая эффективность лития для лечения по меньшей мере 70% пациентов, у которых установлено маниакальное состояние. Обычно для этого требуется от 7 до 10 дней, хотя иногда для повышения эффективности литий применяют в сочетании с каким-либо антипсихотическим лекарством или бензодиазепином (Keck & McElroy, 1998). Кроме того, как мы узнали из главы 6, в некоторых случаях литий облегчает состояние при депрессии. Однако это справедливо, главным образом, для пациентов, страдающих биполярной депрессией. Тем не менее, возможно, существует подгруппа пациентов, страдающих униполярной депрессией, которой может помочь лечение литием (Abou-Saleh, 1992; Gitlin, 1996).

СПРАВКА 16.4

Множество аспектов литиевой диеты

Выдающийся клинический психолог Кэй Джеймисон (Jamison, 1995) недавно написала автобиографическую книгу «Неспокойный разум» (*An unquiet mind*), в которой описала свою собственную войну с биполярным расстройством – заболеванием, в области которого считается одним из ведущих специалистов мира. По поводу своего нежелания регулярно принимать лекарства она написала следующее.

> Даже при условии того, что я сама клиницист и ученый, регулярно читаю исследовательские работы и знаю о неизбежных суровых последствиях отказа от приема лития, в течение многих лет после того, как мне был поставлен диагноз «биполярное расстройство», я отказывалась принимать лекарства по предписанной схеме. Почему я хотела отказаться от приема лекарств? Почему мне потребовалось пережить множество маниакальных эпизодов, которые сменялись длительными самоубийственными депрессиями, прежде чем я начала принимать литий разумным с точки зрения медицины образом?
>
> Несомненно, что отчасти мое нежелание произрастало из базового отрицания самого факта наличия у меня болезни. Несмотря на то что такая реакция противоречит интуиции, она обычна для первых эпизодов маниакально-депрессивного расстройства. Настроение настолько неотъемлемая часть нашей жизни, что даже крайние психотические формы его проявления воспринимаются как временные, часто объяснимые реакции на жизненные проблемы... Очень трудно было отказаться от высокого полета разума и подъема настроения, даже если за это приходилось расплачиваться неизбежными депрессиями, почти стоившими мне жизни.

Это лекарство оказало значительную помощь людям, постоянно испытывающим повторяющиеся приступы мании, депрессии или того и другого вместе в течение всей их взрослой жизни. Для многих пациентов стало возможным модулировать эти циклы, и даже предупреждать их развитие с помощью регулярного приема лития, например по одной таблетке утром и вечером. Таким образом, психиатры впервые создали настоящий метод профилактики, хотя у некоторых пациентов, длительное время принимавших препараты лития, развивались серьезные осложнения, в том числе дисфункция щитовидной железы, нарушение деятельности почек, а также проблемы с памятью и двигательной активностью (Gitlin, 1996). Появляется все больше доказательств того, что профилактика дальнейших приступов мании посредством приема литиевых препаратов не так надежна, как некогда считали. Например, несколько исследований, проведенных на пациентах, страдающих биполярным расстройством и принимавших литий в течение 5 лет и более, показали, что ремиссия наступила только у одной трети. Тем не менее отказ от приема лития часто приводит к риску, поскольку, согласно оценкам, вероятность рецидива возрастает в 28 раз, причем 50% всех подобных случаев происходит в течение 6 месяцев (Keck & McElroy, 1998).

Биохимические основы литиевой терапии неизвестны. Одна из гипотез утверждает, что литий как неорганическая соль может влиять на баланс электролитов, что, в свою очередь, изменяет активность многих нейротрансмиттерных систем в головном мозге; данное предположение согласуется с его разнообразными клиническими

Моя семья и друзья ожидали, что я буду всей душой стремиться стать «нормальной», с радостью стану принимать литий, что у меня будут нормальные энергия и сон. Но если звезды были у ваших ног, а планеты – у вас в руках, если вы привыкли спать 4–5 часов в сутки, а сейчас спите восемь, были «в форме» по ночам на протяжении многих дней и недель, а теперь не можете этого, то приходится заново приспосабливаться к обычному расписанию, которое, хотя и удобно для многих, вам кажется абсолютно новым, менее продуктивным и удручающе скучным. Когда я жалуюсь на то, что стала менее живой, менее энергичной, что не испытываю больше такого душевного подъема, они успокаивают меня и говорят: «Зато сейчас ты похожа на большинство из нас». Но я-то сравниваю себя не с другими, а с собой, с той, какой я была раньше. Я стараюсь сравнивать мое теперешнее Я с моей самой лучшей формой, с той, в какой я бывала в легком маниакальном состоянии...

Я никогда не сомневалась в том, что литий очень хорошо помогает мне... но лекарство сильно затрагивало мою психическую жизнь. Я заметила, что привыкла к лекарству, которое вызывало у меня по нескольку раз в месяц тяжелую тошноту и рвоту...

(Спустя несколько лет). Снижение дозы лития позволило не только обрести ясность мышления, но и живость, глубину восприятия, вернуло меня к нормальной жизни; эти качества ранее составляли самую суть моего характера, их отсутствие делало ущербной мою реакцию на окружающий мир. Слишком жесткие рамки, явившиеся следствием высоких доз лития и определяющие мои настроение и темперамент, делали мою реакцию на стресс менее гибкой, тогда как более низкие дозы лекарства допускали легкие колебания моих эмоций и сознания. Это дало новую, довольно причудливую основу моему восприятию окружающего мира (Jamison, 1995, p. 91–93, 167).

эффектами (Gitlin, 1996). Однако такая связь остается предметом спекуляций. Несомненно, точный ответ на эту загадку смогут дать лишь многочисленные и тщательные исследования.

Другие препараты, стабилизирующие настроение. В последнее время при лечении биполярных расстройств с успехом применяются еще два препарата: карбамазепин (тегретол) и вальпроат (депакот). Изначально их использовали как средство от судорог во время эпилептических припадков, но в дальнейшем сочли эффективными для лечения острых маний, профилактики последующих биполярных эпизодов и уменьшения агрессивности при биполярных расстройствах (Gitlin, 1996; Keck & McElroy, 1998). И все же они, по-видимому, не столь эффективны, как литий, при лечении эпизодов биполярной депрессии. Карбамазепин вызывает серьезные побочные эффекты, особенно неврологического типа: головокружения, потерю равновесия, заторможенность, сонливость и тошноту (Keck & McElroy, 1998). Поэтому при применении карбамазепина, как и в случае использования лития, необходимо тщательно контролировать процесс лечения. Это особенно важно, поскольку известно, что у некоторых пациентов данный препарат может привести к фатальным изменениям костного мозга. Вальпроат, по всей видимости, вызывает меньше побочных эффектов. Они носят более мягкий характер и включают в себя тошноту, понос, заторможенность, тремор и увеличение веса.

Лекарственная терапия детей

Обсуждение применения лекарств для лечения неадаптивного поведения было бы неполным, если бы мы не рассмотрели их использование при нарушениях и расстройствах у детей. Некоторые аспекты данной проблемы уже были нами затронуты в главе 14. Наше общество слишком часто наклеивает ярлык «девиантного» (подлежащего лечению) на вызывающее или не являющееся общепринятым поведение, иногда присущее детям; в то же время несомненно, что некоторые из них страдают тяжелыми психическими расстройствами. Так же справедливо и то, что некоторым детям может помочь медикаментозное лечение.

Анксиолитические и антипсихотические средства, антидепрессанты и литий эффективно помогают детям с повышенной тревожностью, «нервным» или «психотическим», находящимся в депрессивном или маниакальном состоянии (Gitlin, 1996). Однако сегодня в отношении большинства таких расстройств мы все еще не



Лечение литием требует тщательного мониторинга дозировки: слишком большая доза может оказаться летальной, а слишком малая — неэффективной. Однако не вызывает никаких сомнений тот факт, что это лекарство оказало значительную помощь тем людям, которые постоянно испытывали повторяющиеся приступы мании, депрессии или то и другое вместе на протяжении всей их взрослой жизни.

располагаем достаточной исследовательской базой (не были проведены исследования с контролем плацебо), позволяющей гарантировать эффективность применения этих препаратов для детей. Более того, при назначении таких сильнодействующих препаратов детям необходимо соблюдать крайнюю осторожность, чтобы быть уверенными в том, что используемая доза лекарства не выходит за пределы толерантности маленького и незрелого в биологическом отношении организма. Избыточный уровень этих лекарств в крови может стать физически опасным.

Большинству детей и подростков, страдающих дефицитом внимания с гиперактивностью, как ни парадоксально, помогают препараты, оказывающие на нервную систему стимулирующее действие (Gitlin, 1996; Greenhill, 1998). Как мы увидели в главе 14, применяются три стимулятора из группы амфетаминов, но наиболее широко используется метилфенидат (риталин). У детей и подростков, страдающих ДВСГ, данные препараты прежде всего повышают концентрацию внимания, снижают диссоциацию внимания и гиперактивность, повышают стабильность настроения. Многочисленные исследования показали, что у гиперактивных детей, принимающих риталин, улучшаются отношения со сверстниками и членами семьи, а также повышается успеваемость в школе. Как правило, ребенок продолжает принимать лекарство на протяжении всего подросткового периода, а иногда и в зрелом возрасте, хотя в некоторых случаях попытки уменьшить дозу показывают, что дальнейшая необходимость в нем отпала (Gitlin, 1996; Greenhill, 1998).

Нерешенные проблемы:

Медикаментозное лечение и/или психотерапия?

Современная психофармакология снизила тяжесть и сократила длительность протекания многих форм психопатологии, особенно психозов. Она помогла остаться дома, с семьей, в привычном окружении многим людям, которых в противном случае пришлось бы госпитализировать; она позволяет раньше выписывать тех, кто все-таки был госпитализирован, и повышает эффективность программ помощи таким людям. Наконец, благодаря психофармакологии строгие ограничения для пациентов больниц и изоляция в палатах по большей части ушли в прошлое. В целом медикаментозная терапия не только модифицировала формы лечения, но и создала более благоприятную атмосферу как для больных, так и для персонала.

Тем не менее при использовании психотропных препаратов возникают определенные сложности и ограничения. Помимо возможных нежелательных побочных эффектов остается сложная проблема подбора препарата и дозы для каждого конкретного пациента; иногда возникает необходимость замены лекарства в процессе лечения. Кроме того, использование только лекарственных средств, в отрыве от других методов лечения, при некоторых заболеваниях не способствует наилучшему решению проблемы; в целом сами по себе лекарства не могут вылечить расстройство. Многие исследователи указывали, что препараты снимают симптомы, вызывая биохимические изменения и не ставя при этом пациента перед лицом личных или ситуационных факторов, которые могут подкрепить неадаптивное поведение. Снижение тревожности, депрессии, нарушений мышления могут побудить терапевта считать пациента «излечившимся», однако высокие показатели

рецидива после отмены препарата в случае многих заболеваний заставляют предположить обратное. Различные формы психотерапии, эмпирически доказавшие свою валидность, могут оказать в таких случаях более длительное благоприятное воздействие, чем исключительно медикаментозное лечение, даже если принимать лекарства бесконечно долго.

С другой стороны, если при каком-либо расстройстве эффективно помогают лекарственные препараты, то исключение медикаментозного лечения из программы психотерапевтического воздействия также может привести к нежелательным последствиям. Судебное дело «Ошерхоф против *Chestnut Lodge*» затрагивает вопросы, связанные с важностью точной постановки клинического диагноза, эффективностью медикаментозного лечения и выбором адекватного терапевтического вмешательства (Klerman, 1990). Врач Ошерхоф страдал столь сильной формой депрессии, что семья была вынуждена поместить его в лечебное заведение *Chestnut Lodge*, где применялись исключительно психоаналитические методы. Его лечили с помощью интенсивных психоаналитических сеансов четыре раза в неделю без применения каких-либо лекарственных препаратов. Через несколько месяцев его семья обеспокоилась отсутствием прогресса в лечении: больной потерял 40 фунтов в весе, испытывал серьезные затруднения со сном, у него наблюдалась выраженная моторная ажитация; он так много ходил, что его ступни покрылись волдырями. Семья потребовала повторного изучения его истории болезни. Персонал заведения на врачебной конференции принял решение о продолжении уже начатой программы лечения. Состояние доктора Ошерхофа ухудшалось, и семья потребовала его выписки. В дальнейшем они обратились в другое лечебное заведение, где больного лечили сочетанием производных фенотиазина и трициклических антидепрессантов. У него быстро наступило улучшение, и через три месяца он был выписан. Позднее Ошерхоф подал судебный иск, утверждая, что в *Chestnut Lodge* ему не было назначено правильное лечение — медикаментозная терапия, вследствие чего он потерял трудоспособность. На предварительном слушании дела было вынесено решение, что истцу следует получить компенсацию за причиненный ущерб, однако окончательное решение огласили только во время заседания суда. В деле было множество запутанных вопросов, требующих уточнения, но тот факт, что терапевты могут нести ответственность за то, что они не назначили медикаментозное лечение пациентам с определенными заболеваниями, от которых существуют эффективные лекарства, стало важным новым прецедентом в судебной практике.

В случае тяжелых форм психопатологии, мало поддающихся лечению — шизофрении, биполярного расстройства, униполярной тяжелой депрессии и некоторых расстройств личности, — основным современным направлением исследований и лечения становится сочетание химической и психологической терапии. Такой интегративный подход включает в себя комбинированное использование психотропных лекарственных препаратов и психосоциальных методов, например когнитивной или бихевиоральной терапии либо психодинамической психотерапии. Применение лекарств может облегчать проведение психотерапии и уменьшать сопротивление пациента. Во многих случаях психотерапия может быть направлена на родных пациента с целью просвещения их относительно природы данного заболевания и снижения уровня проявления эмоциональных реакций в связи с его поведением.

Общеизвестно, что у больных, страдающих тяжелыми расстройствами, при возвращении после госпитализации в семью, характеризующуюся напряженным эмоциональным фоном, резко повышается вероятность рецидива (Butzlaff & Hooley, 1998). В целом есть все основания для оптимизма по поводу эффективности комбинированного применения лекарственных препаратов и психосоциальных подходов, особенно в случае самых тяжелых заболеваний, например шизофрении и биполярного расстройства, хотя в этих случаях психотерапию часто начинают только после того, как психотический эпизод пойдет на спад. Ниже мы приводим доказательства необходимости сочетания применения лекарств и психотерапии, представленные пациенткой, страдающей биполярным расстройством, которой посчастливилось стать выдающимся клиническим психологом: «В настоящий момент я не могу представить себе, что могла бы вести нормальную жизнь, не принимая литий и не прибегая к услугам психотерапии. Литий предотвращает соблазнительные, но разрушительные энергетические всплески, уменьшают депрессию, распутывает нити моего спутанного мышления, успокаивает меня, делает мягче, спасает от краха карьеры и отношений с людьми, позволяет не находиться в больнице, жить обыденной жизнью и прибегать к психотерапии. Однако излечивает от недуга психотерапия. Она дает чувство смущения, удерживает в рамках пугающие мысли и чувства, возвращает контроль, надежду и возможность извлечь урок из имеющегося опыта. Таблетки не могут вернуть человека обратно в мир реальности; они способствуют лишь ускорению этого процесса. Психотерапия — это убежище, поле битвы, место, где я бываю психотичной, невротичной, ликующей, находящейся в замешательстве; где за верой таится отчаяние. Но это всегда то место, где я верю, или учусь верить, что в один прекрасный день смогу справиться со всем этим. Никакие таблетки не помогут мне справиться с нежеланием принимать лекарства, равно как никакая психотерапия сама по себе не в состоянии предотвратить мои маниакальные и депрессивные состояния. Мне нужно и то и другое. Это странно, когда самим своим существованием вы обязаны таблеткам, собственным причудам и упорству, а также уникальным, странным и глубоким отношениям, которые называются психотерапией» (Из автобиографии Кэй Джеймисон (Jamison, *An unquiet mind*, 1995, p. 88–89).

Тем не менее проблема комбинированного лечения других нарушений, например униполярной депрессии или тревожного расстройства, далека от полной ясности. В обзоре Холлона и Бека (Hollon & Beck, 1994) сделан вывод о том, что имеющиеся в литературе данные исследований многих заболеваний говорят лишь о весьма скромном преимуществе комбинированного лечения над когнитивной или лекарственной терапией. Более того, практически ничего не удалось сделать для идентификации характеристик пациента и других клинических факторов, позволяющих обеспечить успех той или иной конкретной формы лечения. В настоящее время не существует доказательств того, что пациенты с определенными чертами лучше поддаются лечению лекарственными препаратами, чем когнитивной терапией (Hollon & Beck, 1994). Существует мнение, что в случае тяжелых депрессий медикаментозное лечение более эффективно, чем психотерапия. В главе 17 мы рассмотрим подробнее большое исследование лечения депрессии, проведенное *NIMH* (Elkin et al., 1989), на основании которого был сделан вывод о преимуществе

применения лекарственных препаратов по сравнению с когнитивной терапией в случае тяжелой депрессии; последние медицинские директивы основаны на результатах этого лечения. Однако выводы, сделанные на основе количественного анализа имеющейся по данному вопросу литературы, оспаривают эту точку зрения (DeRubeis, 1997). На основе анализа результатов 4 работ автор обзора установил, что при лечении тяжелой депрессии когнитивная терапия так же эффективна, как и медикаментозное лечение. Он отметил, что только одна работа (коллективное исследование *NIMH*), в которой описана примерно треть относящихся к делу случаев, установила преимущество приема лекарств над когнитивной терапией. Кроме того, в исследовании, проведенном *NIMH*, когнитивная терапия в двух случаях проводилась на недостаточно высоком уровне. Наконец, в других трех работах сделан вывод о некотором преимуществе когнитивной терапии над применением лекарственных средств (DeRubeis, 1997). К аналогичному выводу пришли и авторы литературного обзора, посвященного сравнению когнитивной терапии и медикаментозного лечения (Persons, Thase & Crits-Cristoph, 1996). Вот всего лишь один пример тех трудностей, которые возникают при решении проблемы, какой метод лечения наиболее эффективен для того или иного пациента.

Резюме

За исключением появления электрошоковой терапии в 1938 году, прогресс в биологическом подходе к лечению психических расстройств, по крайней мере в Соединенных Штатах и Европе, был крайне незначительным вплоть до 1955 года. На самом деле многие из первых биологических методов, например лечение с помощью инсулиновой комы и лоботомия, принесли больше вреда, чем пользы, равно как и первые попытки медицины лечить непосредственно соматические болезни.

Механизм терапевтического воздействия электрошоковой терапии, широко используемой и сегодня, до конца непонятен. Однако ее эффективность несомненна, по крайней мере в отношении пациентов, страдающих тяжелыми депрессиями. Соответствующая премедикация в сочетании с другими модификациями сделала этот метод относительно безопасным и не имеющим тяжелых и долговременных побочных эффектов. Тем не менее проблема лечения электрошоковой терапией вызывает все новые и новые споры. Несомненно, ее следует применять с крайней осторожностью и только в тех случаях, когда другие методы лечения не принесли успеха.

В середине 1950-х годов широкое применение получило антипсихотическое вещество хлорпромазин (торазин). Вскоре после этого появилось множество родственных антипсихотических препаратов (нейролептиков), а позднее — не имеющие с ними химического сходства атипические антипсихотические средства, эффективно уменьшающие проявление психотических (особенно шизофренических) симптомов. Это знаменовало подлинную революцию в лечении тяжелых психических расстройств и наряду с другими моментами совершенно изменило атмосферу в психиатрических больницах и сами функции этих заведений. В течение короткого времени новые препараты помогли многим пациентам, страдающим тяжелыми депрессиями. Они также широко используются при некоторых тревожных

расстройствах и очень перспективны для лечения булимии. Наконец, в 1970 году, спустя много лет после открытия лития, в Соединенных Штатах признали, что он представляет собой основной препарат для лечения маниакальных расстройств. С появлением вышеперечисленных трех типов лекарств впервые в истории медицины стало возможным эффективное лечение основных психозов. В это время в медицинской практике начинают использовать анксиолитические препараты (малые транквилизаторы), снимающие чрезмерное напряжение и тревожность и лишенные недостатков, свойственных ранее применявшимся барбитуратам. Это открытие представило лекарственную терапию многим людям, сражавшимся с невротическими проблемами или тяжелыми жизненными обстоятельствами. Первыми среди анксиолитических средств были мепрабоматы (например, экванил), но на смену им пришли более эффективные и безопасные бензодиазепины (например, валиум и ксанакс). Недавно список анксиолитиков пополнился буспироном (буспаром), который не обладает седативными свойствами и не вызывает привыкания. Однако его применение в острых ситуациях не приводит к желаемому результату.

Впечатляющие достижения биологических методов лечения могут заставить забыть нас о важности психологических процессов, лежащих в основе всех психических расстройств. На самом деле существует ряд доказательств того, что именно сочетание биологических и психологических подходов, а не каждый из них в отдельности, оказывается самым эффективным в случае по крайней мере некоторых тяжелых расстройств.

ГЛАВА 17

Методы терапии, основанные на психологии

В жизни большинства из нас возникали ситуации, когда после разговора с родственником или другом мы испытывали сильное облегчение. Как писал много лет назад известный психоаналитик Франц Александер (Alexander, 1946), психотерапия как профессиональное лечение психических расстройств имеет много общего с такого рода опытом, знакомым многим из нас. Большинство терапевтов, подобно всем хорошим слушателям, обладают восприимчивостью, теплотой, эмпатией и демонстрируют непредвзятость в подходе к проблемам клиентов. Большая часть специалистов, однако, применяют психологическое вмешательство, целью которого является новое понимание и поведение клиента. Такое вмешательство тщательно и обдуманно запланировано и основано на определенных теоретических предпосылках (некоторые из них обсуждались в главе 3); в этом и состоит отличие профессиональной психотерапии — лечения психических расстройств с помощью психологических методов — от неформальной помощи. Как мы увидим далее, именно теоретические различия и определяют в основном то или иное направление психотерапии.

Мнение о том, что люди, испытывающие психологические проблемы, могут выработать более адаптивные способы восприятия, оценки и поведения, лежит в основе любой психотерапии. Добиться таких изменений нелегко. Иногда самооценка человека и его взгляд на мир оказываются искаженными в результате неправильного отношения родителей, которое подкреплялось в течение долгих лет жизни. В других случаях неудовлетворительное или неадекватное профессиональное, брачное или социальное функционирование, помимо психотерапии, требует существенных изменений в жизненной ситуации человека. Нередко кажется, что легче сохранить пусть и проблематичный, зато привычный образ жизни, чем пойти на риск изменений и их непредсказуемых последствий. Терапия часто требует длительного времени. Даже умелый и опытный терапевт не может перечеркнуть историю всей прошлой жизни пациента и за короткое время научить его успешно справляться со всеми трудными жизненными ситуациями. Психотерапевты не предлагают волшебных изменений личности клиента или реальности, с которой тому приходится сталкиваться. Тем не менее психотерапия сулит определенные перспективы даже при самых тяжелых психических нарушениях, а в случае личностных расстройств по шкале II *DSM* только она способна дать надежду на существенные и длительные изменения. Вопреки бытующему мнению психотерапия нередко сто́ит дешевле, чем альтернативные способы вмешательства (Gabbard et al., 1997).

Чтобы помочь человеку конструктивно измениться, психотерапевт может попытаться: 1) изменить неадаптивные паттерны поведения; 2) минимизировать или уничтожить условия окружающей среды, которые порождают и поддерживают такое поведение; 3) улучшить компетенцию человека в сфере межличностных отношений и других областях; 4) разрешить мотивационные конфликты; 5) модифицировать дисфункциональные установки человека о себе самом и окружающем мире; 6) редуцировать или снять разрушительные эмоциональные реакции и 7) воспитать четкое чувство идентичности. Данные стратегии часто открывают путь к более осмысленному и плодотворному существованию. В зависимости от теоретических установок или особенностей профессионального обучения терапевта он может предпочесть те или иные стратегии из вышеперечисленных.

Согласно оценкам, в настоящее время известно несколько сотен терапевтических подходов, от психоанализа до медитаций дзэн-буддизма. Введение управляемого медицинского обеспечения сузило влияние психотерапевтической практики, поскольку такие услуги стали оказывать другие службы здравоохранения; существует множество подходов, конкурирующих друг с другом, в условиях сокращающихся источников финансирования. Мы подозреваем, что значительная доля этих методов, особенно менее распространенных, не сможет в дальнейшем применяться в условиях постоянно ужесточающихся требований демонстрации их действенности, которые составляют неотъемлемую часть философии управляемого обеспечения.

Тем не менее в последние несколько десятилетий наблюдается поток «новых терапевтических подходов», каждый из которых приобрел в определенный период времени горячих последователей и сторонников. Популярная литература, посвященная вопросам развития личности, «работы над собой», может создать у некомпетентного читателя впечатление, что вся область психотерапии представляет собой непрерывные изменения. На самом деле профессиональная психотерапия продемонстрировала как стабильность во времени, так и приверженность нескольким базовым направлениям, хотя последние существенно различаются в своем вйдении мира и человеческой природы (Andrews, 1989a). В этой главе будут рассматриваться наиболее широко используемые и общепринятые, официальные методы психологической помощи.

Общий взгляд на психологическую помощь

Прежде чем мы обратим наше внимание на специфические методы психологического вмешательства, необходимо понять его общую перспективу, рассмотрев более тщательно индивидов, участвующих в процессе психотерапии, и их отношения.

Почему люди нуждаются в терапии?

Люди, проходящие психотерапию, в значительной степени различаются по своим проблемам и мотивации к их решению. Возможно, самыми очевидными кандидатами на получение психологической помощи являются индивиды, пережившие неожиданные стрессовые ситуации, например развод или потерю работы, люди, которые находятся в кризисном состоянии и не могут справиться с ним самостоятельно. Такие люди обычно чувствуют себя ранимыми и стараются быть открытыми в процессе получения психологической помощи, поскольку они сильно моти-

вированы на изменение своего невыносимого психического состояния. Им часто помогает краткосрочная, директивная, кризисная помощь (которую мы обсудим в главе 18). В подобных ситуациях клиенты могут за короткий период времени многое приобрести благодаря тому взгляду извне, который дает им психотерапевт.

Некоторые люди обращаются к помощи психотерапии в какой-то степени неожиданно для самих себя. Возможно, они консультировались по поводу головной или желудочной боли с врачом, который сказал, что у них отсутствуют какие-либо физические аномалии. Люди, получив направление к психотерапевту, могут вначале сопротивляться самой идее о том, что их физические симптомы обусловлены эмоционально, особенно если направивший их врач был резок и не объяснил причин своих действий. У разных клиентов психотерапевтов мотивация к началу лечения сильно варьирует. Сопротивляющиеся клиенты могут находиться в совершенно разных ситуациях, например, это может быть алкоголик, супруга которого поставила ему условие: «терапия или развод», или подозреваемый в совершении тяжкого преступления, адвокат которого предполагает, что разбирательство судебного дела пройдет более благоприятно, если на суде станет известно, что подсудимый «начал проходить психотерапию». Как правило, мужчины сопротивляются прохождению терапии гораздо сильнее, чем женщины, возможно, в силу тех же причин, по которым они гораздо реже спрашивают дорогу, когда заблудились (Real, 1997; Shay, 1996). Значительное количество родителей, потерявших терпение, приводят своих детей к терапевту с требованиями, чтобы он «привел в рамки» «не поддающееся контролю» поведение их детей, которое они склонны рассматривать отдельно от контекста семьи. Такие родители удивляются поведенческим паттернам своего ребенка и не хотят признавать свою роль в их формировании.

Многие пациенты, начинающие проходить психотерапию, долгое время испытывали психологические страдания и имеют опыт недостаточной адаптации в прошлом. Они могут иметь проблемы в межличностном общении, например неспособность получать удовольствие от близости или страдать от плохого настроения, которое им трудно развеять. Хроническое отсутствие счастья и неспособность почувствовать удовольствие и безопасность могут в конце концов заставить их искать помощи на стороне. В этом случае люди обращаются за психологической помощью, чтобы избавиться от разочарований и отчаяния. Они могут приступать к психотерапии с сильной мотивацией, но по мере лечения их устойчивые паттерны неадаптивного поведения нередко становятся тем препятствием, которое придется



Люди прибегают к психотерапии в силу многих причин. Возможно, их направил сюда врач или на терапии настаивает супруг; одни люди могут обратиться за помощью, потому что в течение длительного времени проблемы мешают им жить счастливо; другие – потому что хотят глубже понять себя и обрести чувство полноты жизни.

преодолевать психотерапевту. Например, нарциссический клиент, предвкушающий похвалу и восхищение терапевта, часто испытывает разочарование и враждебность, не получив желаемого.

Некоторые люди, приходящие на прием к психотерапевту, имеют проблемы, которые следует считать вполне нормальными. Они достигли видимого успеха, финансовой стабильности, у них есть любящие семьи и решены многие жизненные задачи. Они начинают терапию для того, чтобы избавиться не от личных разочарований или невыносимых межличностных отношений, а от чувства, что жизнь не соответствует их ожиданиям, а также с целью реализации своего собственного потенциала. Эти люди, отчасти потому, что с их проблемами справиться легче, чем с проблемами других пациентов, могут добиться существенного прогресса в личностном росте. Успех терапии в этом случае в значительной степени определяется их мотивацией и внутренними ресурсами. Согласно данным нескольких исследований, индивидов, обладающих лучшим прогнозом в отношении личностных изменений, можно описать в терминах так называемого паттерна *YAVIS* (Schofield, 1964): они молоды (*Young*), привлекательны (*Attractive*), разговорчивы (*Verbal*), умны (*Intelligent*) и успешны (*Successful*). По иронии судьбы, те, кто легче всего поддаются терапии, объективно менее всех в ней нуждаются (Garfield, 1994; Luborsky et al., 1988).

Однако психотерапия предназначена не только для тех, кто четко формулирует свои проблемы, имеет высокий уровень мотивации и способен к прозрению относительно своего поведения. Психотерапевтическое вмешательство применяется для решения широкого спектра хронических проблем. Даже в случае тяжелого психотического нарушения возможно извлечение пользы из терапевтических отношений, если они учитывают уровень функционирования клиента и отвечают терапевтическим задачам, которые определяются с учетом его состояния и способностей (Hogarty et al., 1997a, 1997b).

Из этого краткого описания индивидов, прибегающих к психотерапевтической помощи, мы можем видеть, что не существует ни «типичного» клиента, ни «модели» психотерапии. Ни одну из существующих в настоящее время форм терапии нельзя применять ко всем типам клиентов без исключения; и все стандартные терапевтические методы могут принести определенный успех. Большинство авторов согласны с тем, что такие параметры, как мотивация и серьезность проблемы, оказывают чрезвычайно большое воздействие на исход терапии (Garfield, 1994; Lambert & Bergin, 1994; Rounsaville, Weissman & Prusoff, 1981). Как мы в дальнейшем убедимся, любые терапевтические методы приводят к гораздо большему успеху, если терапевт, планируя лечение, учитывает индивидуальные характеристики данного конкретного пациента.

Кто предоставляет терапевтические услуги?

Традиционно людям, испытывающим эмоциональные страдания, советы всегда давали представители самых различных профессий. Врачи, помимо лечения физических болезней своих пациентов, зачастую становились их доверенными лицами и советчиками в эмоциональной сфере. В прошлом, до того как появились организации по поддержанию психического здоровья и высокая дифференциация медицинских специальностей, семейного врача вызывали по поводу практически любого недомогания, связанного со здоровьем. И сегодня практикующего врача

(даже если он обладает весьма слабой психологической подготовкой и ограниченным временем) больной может попросить дать совет в отношении психологических вопросов. Многих врачей учат распознавать психологические проблемы, выходящие за пределы их компетенции, и направлять пациентов к специалистам-психологам.

Еще одна группа специалистов, постоянно имеющая дело с эмоциональными проблемами, — это духовенство. Духовные лица обычно непосредственно сталкиваются с эмоциональными проблемами прихожан. Священник, пастор или раввин часто оказываются первыми, к кому обращаются люди, переживающие душевный кризис. Некоторых священников обучают оказанию психологической помощи, однако большинство из них ограничиваются советами по религиозным вопросам и оказанием духовной поддержки и не пытаются заниматься психотерапией. Скорее, как и врачей общей практики, их учат распознавать проблемы, требующие профессиональной помощи, и направлять людей с серьезными нарушениями к специалистам в области психического здоровья.

Основными тремя специалистами в области психического здоровья, которые чаще всего оказывают психологическую помощь в соответствующих учреждениях, являются клинические психологи, психиатры и психиатрические социальные работники. Эти профессии были кратко описаны в главе 1 (см. справку 1.2). Медицинское образование и квалификация психиатров позволяет им дополнительно заниматься соматической терапией, например электрошоковой, равно как и прописывать психотропные препараты, рассмотренные в главе 16.

В отличие от частной практики в условиях клиники или больницы можно предоставить широкий спектр медицинских, психологических и социальных услуг. Он включает в себя назначение медицинских препаратов, индивидуальную и групповую психотерапию, а также посещения семьи, учебного заведения или рабочего места клиента, цель которых — изменение негативных условий его жизни, например помочь учителю глубже понять потребности данного ребенка и оказать ему поддержку. Зачастую это не менее важно, чем лечение, направленное на модификацию личностных особенностей и поведения.

Готовность использования широкого спектра методов часто объясняется желанием объединить усилия разных специалистов в процессе оценки и лечения, особенно при групповой практике или в условиях лечебного учреждения. Такой подход идеально координирует усилия психологов, медицинских и социальных работников, а также остального персонала, направленные на удовлетворение нужд каждого пациента. Исключительно важна и существующая практика предоставления лечения в общине. Вместо того чтобы считать недостаточную приспособленность индивида его личным несчастьем (в прошлом такой подход приводил к тому, что больного изолировали от общества в расположенной далеко от населенных пунктов психиатрической больнице), сейчас для лечения пациента используются объединенные ресурсы семьи и общины.

Отношения в процессе психотерапии

Отношения в терапевтическом процессе складываются из того, что клиент и терапевт приносят в ситуацию терапии. Обычно исход психотерапии зависит от того, удастся ли клиенту и терапевту добиться плодотворного рабочего союза (альянса) (Horvath & Greenberg, 1994; Krupnick et al., 1996). Основным вкладом клиента

является его мотивация. Как и в случае физической болезни, когда врач опирается на внутренние резервы организма пациента, важным союзником психотерапевта становится желание клиента обрести целостность и развить нереализованные возможности. Хотя у клиентов с тяжелыми нарушениями такое побуждение может быть скрыто, люди, находящиеся в состоянии даже самого сильного помешательства, настолько обескуражены ситуацией, в которой находятся, что стремятся участвовать в любой программе, обещающей принести им улучшение.

Терапевтический альянс. По мнению подавляющего большинства исследователей и практикующих специалистов, установление эффективного психотерапевтического «рабочего альянса» между клиентом и терапевтом служит фундаментом успеха психотерапии. Обобщенный опыт терапевтов в течение почти ста лет подтверждает это наблюдение. Если существует прочная основа взаимоотношений между участниками психотерапевтического процесса, то легче противостоять болезненным саморазоблачениям и почти неизбежным неудачам и горю, переживаемых клиентом и связанных с интродукцией у него нового взгляда на мир, с переходом к более функциональным эмоциональным реакциям и очищенному и расширенному репертуару поведения.

Несомненно, что первым и основным элементом в построении такого альянса будет открытая и широкая *коммуникация*, взаимное понимание, выходящее за пределы простого значения слов и включающее в себя культурные нюансы, «язык тела», вариации интонаций, жаргонные или слэнговые выражения, более тесное знакомство и принятие наследия субкультур, к которым принадлежит каждый из собеседников. В общем, легкость достижения необходимого уровня взаимности пропорциональна степени общности опыта клиента и психотерапевта. Следовательно, в современном обществе, которое становится все более разнородным в культурном и социально-экономическом отношении, все труднее добиться единой системы отсчета для коммуникации и эмпатического взаимодействия терапевта и клиента. Этот вопрос мы подробно рассмотрим в последнем разделе.

Другие характеристики, способствующие терапии. Как уже отмечалось, мотивация клиента к изменениям представляет собой решающий элемент, определяющий качество терапевтического союза и, следовательно, степень успеха, к которому приведут психотерапевтические усилия. Мудрый терапевт с большой осторожностью относится к приему немотивированного клиента. Не все будущие клиенты, независимо от их потребности в лечении, готовы к временному неудобству, которое может повлечь за собой эффективная терапия. Как уже отмечалось, многим,



Эффективная психотерапия требует хорошего «рабочего альянса» – еще одно определение отношений в процессе терапии между психотерапевтом и клиентом.

мужчинам в частности, трудно заставить себя принять те условия, которые могут потребоваться для получения терапевтического результата, например просьбу поделиться своими самыми глубинными переживаниями и чувствами (Real, 1997; Shay, 1996). Даже мотивация клиентов, пришедших самостоятельно, может ослабевать перед лицом болезненной конфронтации с самим собой и собственным прошлым опытом, которая может оказаться необходимой для успешной терапии.

Ожидание клиентом помощи не менее важно, чем мотивация. Часто эти ожидания сами по себе могут вызвать существенное улучшение его состояния (Fisher & Greenberg, 1997a; Frank, 1978; Lambert, Shapiro & Bergin, 1986). Точно так же как прием плацебо зачастую уменьшает боль у тех, кто в него верит, человек, ожидающий, что психотерапия поможет, скорее всего, получит облегчение, независимо от того, какие конкретно методы будут использованы терапевтом. Обратной стороной медали является то, что если психотерапевт не сможет в силу каких-либо причин вызвать доверие пациента, эффективность всех попыток лечения окажется весьма сомнительной.

В искусство терапии психотерапевт привносит множество профессиональных навыков и методов, направленных на то, чтобы помочь людям объективнее оценить самих себя и свою ситуацию, то есть обрести новую перспективу. Помимо помощи в приобретении нового взгляда, большая часть терапевтических ситуаций предлагает клиенту безопасное окружение, в котором он может попробовать чувствовать и действовать по-новому, постепенно развивая в себе мужество и способность эффективно и успешно брать на себя ответственность за свои действия.

Чтобы произвести подобные изменения, психотерапевт должен осуществлять взаимодействие с клиентом таким образом, чтобы развенчать старые и дисфункциональные паттерны поведения, заменяя их новыми и функциональными. Поскольку клиенты предъявляют разные задачи, то терапевт вынужден быть достаточно гибким и использовать различные стили взаимодействия. Эффективность терапии в какой-то степени зависит от состязания между клиентом и терапевтом (Talley, Strupp & Morey, 1990). Следовательно, наряду с принадлежностью терапевта к той или иной школе, полученного образования и принятого официального плана лечения, его собственная личность — достаточно важный фактор, определяющий конечный результат терапии (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Blatt et al., 1996a; Lambert, 1989). Например, терапевт, который непреднамеренно, но неизменно берет на себя решение проблем клиента, будет испытывать серьезные трудности в работе с людьми, страдающими от недостатка самостоятельности, например при зависимом расстройстве личности.

Несмотря на общее согласие, царящее между психотерапевтами по поводу данных аспектов взаимоотношений в процессе терапии, специалисты могут иметь разные мнения (и на самом деле имеют) в отношении оценок психологических расстройств и методов их лечения. Несомненно, это утверждение не должно вызывать никакого удивления. При лечении физических заболеваний врачи также иногда расходятся во мнениях. В случае психопатологии такие разногласия встречаются еще чаще. Различные точки зрения на человеческую мотивацию и поведение, рассмотренные в главе 3, приводят к разным оценкам того, в чем же, собственно, состоит проблема и как можно помочь человеку решить ее. В следующем разделе будет рассмотрена эволюция взглядов в отношении нескольких основных типов

терапии, того, как они должны сосуществовать и дополнять друг друга, несмотря на то что упор в них сделан на разные аспекты.

Методы психодинамической терапии

Психодинамическая терапия представляет собой метод лечения, который делает основной упор на индивидуальной личностной динамике, обычно с точки зрения психоанализа или его производных (см. главу 3). Отдавая должное восхищению Фрейда перед принципами термодинамики, психодинамическая базовая модель опирается на направление и трансформацию «энергии», содержащейся в человеческих побуждениях и мотивах. Этот метод терапии осуществляется в основном в двух видах: *классический психоанализ* и *психоаналитически ориентированная психотерапия*. В том виде, как его создавали Фрейд и его непосредственные последователи, классический психоанализ представляет собой интенсивную (по крайней мере, три сессии в неделю), длительную процедуру, раскрывающую подавленные воспоминания, мысли, страхи и конфликты, предположительно восходящие к проблемам раннего психосексуального развития, и помогающую индивидам освободиться от них посредством их рассмотрения с учетом реалий взрослой жизни. Например, чрезмерная упорядоченность и угрюмая, без тени юмора, сосредоточенность на самоконтроле проистекает, скорее всего, из трудностей, возникших в самом начале приучения к горшку.

Считается, что проникновение в сущность такой подавленной информации освобождает людей от необходимости траты энергии на сдерживание позывов и другие защитные механизмы. Напротив, человек может направить свои личностные ресурсы на сознательное избавление от тревожности, вынуждающей его ставить подавление на первое место. Согласно теории, освободившись от попыток удержания угрожающих мыслей вне сознания, люди могут направить свою энергию на повышение интеграции личности и более эффективную деятельность.

В психоаналитически ориентированной терапии лечение и идеи, которыми она руководствуется, могут существенно отличаться от принципов и процедур, предлагаемых ортодоксальной теорией Фрейда, несмотря на то что эта терапия в какой-то степени базируется на психоаналитических концепциях. Так, многие психоаналитически ориентированные терапевты значительно реже назначают сеансы, например раз в неделю, и сидят с клиентом напротив друг друга, вместо того чтобы положить его на кушетку, а самим сесть за ней, вне зоны видимости. Кроме того, относительно пассивное поведение аналитика (главным образом, слушающего «свободные ассоциации» клиента и редко предлагающего «интерпретации») заменяется активным стилем беседы, при котором терапевт пытается прояснить искажения и пропуски, допущенные индивидом при конструировании причин и последствий своих проблем, бросая, таким образом, вызов проявляющейся у того «защите». Считается, что такой, более непосредственный, метод существенно уменьшает общую продолжительность лечения. Вначале мы рассмотрим оригинальный метод Фрейда, частично в связи с его историческим значением и влиянием, оказанным им на развитие психологической науки; затем мы кратко коснемся некоторых современных модификаций психодинамической терапии, которая по большей части делает основной упор на межличностных процессах.

Психоанализ Фрейда

Психоанализ представляет собой систему терапии, претерпевшую значительные изменения в течение долгой карьеры Зигмунда Фрейда. Эту систему терапии нелегко описывать; дело затрудняется и тем, что многие люди имеют неточное представление о ней, почерпнутое из шаржей и карикатур. Лучший способ начать обсуждение — это описать четыре основные методики данной формы терапии: 1) свободные ассоциации; 2) толкование сновидений; 3) анализ сопротивления и 4) анализ переноса. Затем мы отметим отдельные наиболее важные изменения, которые произошли в психодинамической терапии со времен Фрейда.

Свободные ассоциации. Как мы видели в главе 2, определенный период времени Фрейд пользовался гипнозом с целью освобождения подавленных мыслей из «бессознательного» своих клиентов. Затем он отказался от гипноза в пользу свободных ассоциаций — более прямого подхода к патаенным мыслям и страхам человека.

Основное правило свободных ассоциаций состоит в том, что индивид должен говорить все, что ему приходит на ум, независимо от того, насколько это может казаться личным, болезненным или не относящимся к делу. Обычно клиент лежит в расслабленной позе на кушетке и дает отчет обо всех своих мыслях, чувствах и желаниях, которые приходят ему на ум по мере того, как одна тема сменяется другой. Терапевт обычно сидит сзади клиента, так, чтобы ни в коей мере не помешать свободному потоку ассоциаций и не прервать его.

Подобный отчет о том, что приходит на ум, может показаться в достаточной степени случайным. Однако Фрейд не считал его таковым; он полагал, что ассоциации детерминированы точно так же, как и все остальные события. Как мы знаем, он также думал, что сознание представляет собой относительно малую долю психики, а его большую часть занимают подсознание и бессознательное. Цель свободных ассоциаций заключается в том, чтобы тщательно изучить содержание подсознания, той части психики, которая, как считается, находится в сфере внимания сознания, но по большей части игнорируется им. Предполагается, что содержание подсознания включает в себя производные подавленного материала бессознательного, которые при надлежащей интерпретации могут привести к раскрытию сути последнего. Аналитическая интерпретация заключается в том, что аналитик связывает воедино зачастую обрывочные идеи, установки, действия клиента и дает осмысленное их



В классическом психоанализе пациент лежит в расслабленной позе, отвернувшись от психоаналитика. Основная идея состоит в том, что в таком положении клиенту легче дать свободу своим мыслям и говорить все, что приходит на ум, не ориентируясь на реакцию терапевта. Терапевту также легче вслушиваться в содержание и паттерны материала, когда он избавлен от контакта лицом к лицу.

объяснение, чтобы помочь ему проникнуть в суть отношений между его неадаптивным поведением и подавленными (бессознательными) событиями и фантазиями.

Анализ сновидений — следующая процедура, позволяющая раскрыть содержание бессознательного. Считается, что во время сна защитное подавление ослабевает и запрещенные желания и чувства человека могут найти выход в сновидениях. По этой причине сновидения называют «королевской дорогой в бессознательное». Тем не менее некоторые мотивы настолько неприемлемы для индивида, что даже во сне они проявляются не в открытой, а в завуалированной, или символической, форме. Таким образом, сновидение обладает содержанием двух видов: 1) **проявленным содержанием**, представляющим собой сновидение в том виде, в каком его видит спящий, и 2) **латентным содержанием**, состоящим из действительных мотивов, которые ищут выхода, но настолько болезненны и неприемлемы для индивида, что проявляются в замаскированной форме.

Задача терапевта как раз и состоит в том, чтобы раскрыть эти замаскированные значения, исследуя образы, возникающие в проявленном содержании сновидения клиента и его подсознательных ассоциациях, связанных с этими образами. Например, сновидение клиента о том, что его захлестнула набежавшая волна, терапевт может интерпретировать следующим образом: индивид чувствует, что неадекватно подавленные страхи и/или враждебность угрожают поглотить его.

Анализ сопротивления. В случае, когда клиенту предлагают сообщать обо всем, что «приходит ему в голову», а также в процессе подбора ассоциаций к сновидениям, он может продемонстрировать **сопротивление** — нежелание или неспособность говорить об определенных мыслях, мотивах или переживаниях (Strean, 1985). Например, клиент может рассказывать о важном детском опыте, а затем внезапно замолчать, сказав: «На самом деле, это не имеет значения» или «Это слишком глупо, чтобы продолжать обсуждение». Сопротивление может выражаться и в том, что клиент дает слишком гладкую интерпретацию некоторых ассоциаций или опаздывает на сеанс, а иногда даже «забывает» о нем. Поскольку сопротивление препятствует осознанию болезненного и пугающего материала, необходимо найти его источники, если индивид действительно хочет увидеть проблему и справиться с ней.

Анализ переноса. По мере того как клиент и терапевт осуществляют взаимодействие, отношения между ними могут стать сложными и эмоционально насыщенными. Часто люди бессознательно переносят на терапевта те установки и чувства, которые они ранее испытывали в отношениях с родителями или другими близкими людьми; этот процесс известен под названием «перенос». Таким образом, клиент может реагировать на аналитика так, как на некую фигуру из своего прошлого, и испытывать те же самые любовь, враждебность или отторжение, которые он чувствовал много лет назад. Если аналитик действует в рамках предписанной ему роли, сохраняя безличное отношение и беспристрастное внимание, то часто возникающие реакции аффекта со стороны клиента можно интерпретировать как своего рода проекцию, не связанную с текущей ситуацией, но обнажающую основные проблемы его жизни. Например, если клиент страстно (но фактически некорректно) упрекает терапевта за отсутствие внимания к нуждам ребенка и заботы о нем, это необходимо расценивать как «перенос» на аналитика тех установок, которые индивид приобрел в детстве в процессе взаимодействия с родителями или в результате каких-либо иных отношений, имевших для него исключительное значение.

Помогая понять и признать отношения переноса, терапевт может добиться того, что клиент поймет суть собственных реакций на окружающих. Кроме того, аналитик может дать корректирующий эмоциональный опыт, отказываясь взаимодействовать с клиентом на базе недопустимых предположений, сделанных им, о природе отношений в процессе терапии. Например, если клиент ожидает отторжения и критики, терапевт тщательно придерживается нейтрального тона. В результате индивид может признать свои предположения ошибочными и «проработать» конфликт, который он испытывает по отношению к реальному отцу или матери, или, возможно, преодолеть враждебность и низкую самооценку, которые восходят к отторжению со стороны родителей в раннем детстве. По сути дела, негативное воздействие нежелательных ранних отношений перечеркивается проработкой подобного эмоционального конфликта с терапевтом в условиях терапии. Когда человек заново переживает прошлые патогенные отношения, происходит воссоздание невроза в реальной жизни, поэтому такой опыт часто называют *неврозом переноса.*

Мы не будем подробно останавливаться на сложности процесса переноса, однако необходимо подчеркнуть, что обычно установки клиента по отношению к своему терапевту демонстрируют далеко не такой простой паттерн, как в предложенном нами примере. Часто клиент испытывает амбивалентные чувства: не доверяет своему терапевту и чувствует враждебность по отношению к нему как символу властной фигуры, но в то же самое время ищет у него признания и любви. Кроме того, проблемы переноса затрагивают не только клиента; терапевт также может испытывать смешанные чувства по отношению к своему клиенту. Это явление известно под названием **контрпереноса**: терапевт реагирует не объективно, а в соответствии с перенесенными установками клиента. Он должен вовремя распознать контрперенос и справиться с ним. В этой связи важно, чтобы терапевт хорошо понимал свои собственные мотивы, конфликты и «слабые места»; как правило, все психоаналитики сами проходят психоанализ перед тем, как начать работать самостоятельно.

Считается, что разрешение невроза переноса — ключевой элемент успеха психоаналитического излечения. Успешного результата можно достигнуть только в том случае, если аналитик успешно избежит ловушек контрпереноса. То есть аналитику необходимо тщательно следить за собственным переносом, или своими реакциями на поведение клиента. Если он не сможет добиться этого, то существует риск, что терапевтический процесс будет представлять собой просто повторение всех трудностей, характеризующих отношения во взрослой жизни клиента. Анализ переноса и контрпереноса также является составной частью всех психодинамических производных от классического психоанализа, к которым мы сейчас обратимся.

Психодинамическая терапия после Фрейда

Сегодня редко проводят психоанализ в его оригинальном варианте. Трудный и дорогостоящий в отношении временны́х, денежных и эмоциональных затрат, в некоторых случаях психоанализ может длиться несколько лет, прежде чем его участники согласятся с тем, что все основные проблемы в жизни клиента нашли удовлетворительное разрешение. В силу таких жестких требований большинство психоаналитиков и психодинамических терапевтов модифицировали эту процедуру, чтобы сократить время ее проведения и снизить затраты. Манн (Mann, 1973), например, описал метод, опирающийся на концепции психоанализа, но представ-

ляющий собой курс лечения из 12 сеансов, цель которого — снятие симптомов. Существуют и другие краткие психодинамические методы (Anderson & Lambert, 1995; Henry et al., 1994; Messer & Warren, 1995). В целом эти методы терапии не менее эффективны, чем полный психоанализ.

Интерперсональная терапия. Современные психодинамические подходы к терапии имеют ярко выраженный интерперсональный акцент. Другими словами, они делают упор на том, что традиционные последователи Фрейда сочли бы явлениями переноса и контрпереноса, и распространяют эти понятия практически на всю сферу нарушенных отношений клиента, не считая такие искажения межличностного процесса уникальными для классического психоаналитического лечения. Основная идея заключается в том (в Соединенных Штатах ее впервые сформулировал Гарри Стэк Салливан, см. главу 3), что в процессе текущих взаимосвязей мы все и всегда бессознательно используем схемы, приобретенные нами в процессе наших самых ранних отношений, например с родителями. Если эти первые контакты были проблемными, например в них присутствовали отторжение или дурное обращение, то «интроецированные» характеристики партнеров по ранним отношениям могут так или иначе искажать способность точно и объективно перерабатывать информацию, содержащуюся в наших межличностных транзакциях в настоящее время. Таким образом, человек, с которым в прошлом жестоко обращались или отвергали, может действовать, исходя из имплицитного (бессознательного) предположения о том, что мир в целом обращается с ним дурно и отвергает его. Недоверие, проистекающее из этого убеждения, негативно воздействует на установление отношений в настоящий момент, а в худшем случае может даже привести (из-за реакции окружающих на осторожность, сдержанность и ответную агрессию клиента) к дальнейшему подтверждению мнения индивида о том, что мир отвратительное и опасное место, что служит примером сбывающегося пророчества (Carson, 1982; Wachtel, 1993).

Объектные отношения, эго-психология и другие варианты межличностной психологии. За последние несколько десятилетий теория классического психоанализа подверглась наиболее серьезному пересмотру в рамках психологии объектных отношений («объектами» на жаргоне психологов именуются все окружающие) и в меньшей степени в рамках психологии привязанности и эго-психологии (см. главу 3; Cashdan, 1988; Freedheim, 1992). Независимо от того, пользуются ли или нет исследователи и клиницисты термином «объектные отношения» для обозначения своего подхода к психотерапии, большинство из них описывает процедуры, делающие акцент на проблемах межличностных отношений, особенно если сами они устают от взаимодействия клиент—терапевт (Benjamin, 1996; Crits-Christoff & Bconnoly, in press; Frank & Spanier, 1995; Horowitz, 1996; Kiesler, 1996; Klerman et al., 1984; Strupp & Binder, 1984). В справке 17.1 приведен пример такой терапии общего типа.

Возможно, величайшим вкладом интерперсонального подхода является та роль, которую он сыграл в развитии движения за «интеграцию» различных форм терапии, на чем позднее мы остановимся подробнее. Многие современные исследователи и клиницисты (Beutler, 1992; Blatt, Sanislow et al., 1996; Blatt, Zuroff et al., 1996; Lazarus, 1997a, 1997b; Linehan, 1993; Safran, 1990a, 1990b; Wachtel, 1997) указывали на то, что интерперсональные проблемы играют ведущую роль в психодинамической, поведенческой, когнитивной и даже психофармакологической терапии. Терапевты, ориентированные на психодинамический интерперсональный под-

ход, делают упор на различные периоды жизненного цикла: они могут сосредоточиваться на отдаленных событиях прошлого или на текущих («здесь и сейчас») межличностных ситуациях (включая и саму терапию) или сохранять некоторое равновесие между ними. Возможно, как упоминалось ранее, большинство из них пытается экспонировать, довести до сознания клиента и модифицировать воздействие последствий его отдаленного прошлого на трудности, которые он испытывает в настоящее время. Таким образом, при всех перечисленных терапевтических подходах сохраняется цель классического психоанализа — понимание настоящего с точки зрения прошлого. При этом они игнорируют представления психоанализа о стадиях трансформации энергии либидо и внутренних (и безличных) драйвах, которые преобразуются в психопатологические симптомы.

Оценка психодинамической терапии

Обычно сторонние наблюдатели критикуют психоанализ за то, что он требует больших временны́х и финансовых затрат; опирается на сомнительный, смешной и отчасти догматический подход к человеческой природе; пренебрегает непосред-

СПРАВКА 17.1

Пример психодинамической интерперсональной психотерапии

Здесь представлен случай пациентки, 43-летней женщины, никогда не бывшей замужем, с высшим образованием, которой был поставлен диагноз пограничное личностное расстройство (ПЛР, см. главу 9). Ее история болезни включает в себя две попытки самоубийства (одна из них была достаточно серьезной), которым предшествовала борьба с алкогольной зависимостью и перееданием. Как это нередко происходит в случае ПЛР, ее бывший терапевт отказался от попыток помочь пациентке, явно склонной к саморазрушению, и направил ее к другому специалисту, работавшему в рамках психотерапевтического исследовательского проекта, ограниченного жесткими временны́ми рамками. В начале терапевт чрезвычайно подробно изложил основные пункты терапевтического контракта, в котором специально оговаривалось, что какая-либо помощь вне назначенных сеансов исключается. В этом разделе терапевт коснулся темы брошенности, которая часто возникает в жизни клиентов, страдающих ПЛР, и, поэтому, как правило, для них актуальной.

Клиентка: Ох, прошлой весной, год назад, я не помню, да, год назад. Я начала встречаться с ним как раз в это время. И мы гуляли с ним пару месяцев, до мая, наверное, или примерно так, я не помню точно. И он по-настоящему хорошо относился ко мне. Он заставил меня почувствовать себя значимой. Для того чтобы приходить ко мне, я тогда работала в вечернюю смену, он подстроил свое рабочее расписание к моему, что было очень мило. Мы вместе завтракали и все такое, а затем вдруг неожиданно его чувства переменились, и с тех пор он не хочет иметь со мной ничего общего.

Терапевт: М-м-м...

Клиентка: И больше не встречался со мной.

Терапевт: Совершенно неожиданно?

Клиентка: Совершенно неожиданно. Совершенно. Я имею в виду, что есть одна вещь. Это не произошло совершенно неожиданно, потому что за неделю до того, как это про-

ственными проблемами клиента и ищет бессознательные конфликты далекого прошлого. Кроме того, не существует адекватных доказательств его эффективности. В отношении последнего пункта мы вынуждены отметить, что, за редким исключением, аналитики отнюдь не жаждут подвергать результаты своего лечения строгой проверке. В случае, когда они делали это (Smith et al., 1980; Wallerstein, 1989), результаты были не слишком впечатляющими, особенно при сравнении с оптимистичными целями и значительными инвестициями.

Тем не менее многие люди чувствуют, что в действительности психоанализ приносит им пользу, особенно в отношении понимания себя, избавления от внутренних конфликтов и тревожности и улучшения межличностных взаимосвязей. Многие люди, желающие понять себя и изменить свою личность, по-прежнему выбирают такой метод лечения, как психодинамическая психотерапия. Пытаясь примирить эти мнения, мы можем предложить два различных стандарта для оценки исхода терапии: с одной стороны, *действенность* (которая подразумевает максимально строгий и контролируемый план исследования) и, с другой стороны, *эффективность* (менее строгий, но более реалистичный стандарт). В литературе

изошло, я почувствовала себя очень подавленной, я не знаю, что это было. К нему это не имело никакого отношения, я просто не пошла на работу. Я думаю, это случилось из-за недосыпания, я пролежала в постели примерно 6 дней. Я просто была в постели и сказала, что больна, но я не была больна, я просто не хотела, чтобы кто-нибудь узнал, что было на самом деле. Вы знаете, я чувствовала себя такой подавленной. Я на самом деле не вставала с постели 6 дней, и он заехал однажды, может быть, он узнал, я не знаю. Я думаю, что он просто не смог вынести моего вида. Я имею в виду, что я притворилась, что хорошо себя чувствую, но чувствовала себя плохо. Вы знаете, он не видел меня лежащей в постели. Когда я вставала, то принимала душ и притворялась, что все хорошо.

Терапевт: Хм-м.

Клиентка: Ему не понравилось, что я пропустила пару дней.

Терапевт: О, это выглядит так, как будто он парень того сорта, который, если видит, что вы чувствуете себя плохо, сразу уходит.

Клиентка: И он сделал это.

Терапевт: Как вам удалось встретить именно этого парня?

Клиентка: Он был другом моей кузины Сэлли... Я встретила его на свадьбе одного моего друга, год назад. Я думала, что он совсем другой, чем на самом деле.

Терапевт: Ну, когда я спросил, как вам удалось встретить именно этого парня, мне было просто любопытно, как вы умудрились встретить человека, который смог реализовать все ваши страхи, по крайней мере существующие в вашем сознании. Несколько дней болезни – и он удрал.

Клиентка: Не знаю, но я смогла. И я не думала, что он такой, я думала, что он понимающий и, вы знаете, милый. И я не думала, что это все. Но это случилось. На самом деле, я ослабила бдительность, я думаю, вы знаете, я была как...

Терапевт: М-м-м.. Случилось то, чего вы и опасались.

четкое разграничение этих стандартов прослеживается лишь последние несколько лет (Seligman, 1995). В дальнейшем мы еще обратимся к этому вопросу.

При рассмотрении существенно более коротких версий психодинамической интерперсональной терапии ситуация выглядит привлекательнее даже с точки зрения стандарта действенности; однако предстоит еще очень много сделать в этом направлении, в том числе опробовать данный метод при работе со специфическими группами клиентов. Андерсон и Ламберт (Anderson & Lambert, 1995) опубликовали статью, содержащую результаты количественного анализа 26 исследований действенности краткосрочной психодинамической терапии. В общем результаты рассматриваемых исследовательских работ производят глубокое впечатление. В частности, нам хотелось бы выделить модель интерперсональной терапии, разработанную Клерманом с коллегами (Klerman et al., 1984), которая изначально предназначалась для решения проблемы депрессии и доказала свою эффективность (Frank & Spanier, 1995). В дальнейшем была продемонстрирована пригод-

Клиентка: И я боюсь, что это снова произойдет, с Дугом [новый приятель].

Терапевт: А как насчет вашей бдительности?

Клиентка: М-м-м... Я не знаю. Я не чувствую, что насторожена, не чувствую этого, вы знаете о чем я говорю, потому что спрашиваете меня об этом.

Терапевт: Несомненно, вы не испытали слишком глубокого потрясения, пережив все это. Вы изложили мне свои соображения, но выглядите собранной и деловой, так что тут достаточно все запутанно. Ваше послание гласит: «У меня есть проблемы», но ваши манеры говорят: «Я знаю, как позаботиться о себе, и не позволю другим слишком глубоко влезть во все это, я уверена в том, что хорошо выгляжу в глазах Дуга и всего мира». Так что это любопытная смесь. Вы говорите о проблемах, но, похоже, сохраняете контроль, просто вас не радует то, что должно получиться из этого...

Клиентка: Нет.

Терапевт: ...что, как вам кажется, приведет к негативному результату. Вы выглядите так, как будто держите ситуацию в своих руках и можете предсказать почти наверняка свое разочарование и запланировать его.

Клиентка: Да, но я не контролирую ситуацию, потому что мне кажется, что если бы я хотела контролировать, я бы сделала это.

Терапевт: Ну, вы контролируете тем, что ожидаете худшего.

Клиентка: Я знаю, что это так, и не хочу казаться глупой себе или окружающим, если я знаю, что это все равно случится. Я имею в виду, что я сказала бы Дугу, что я чувствую это, и я хотела бы, чтобы он знал, но я не знаю, зачем.

Терапевт: Зачем говорить ему?

Клиентка: Да.

Терапевт: В силу совсем другой причины, чем вы думаете.

Клиентка: Вы знаете, я имею в виду, что не так уж хорошо, когда вы позволяете окружающим знать все о ваших переживаниях.

Терапевт: Видите ли, это звучит так, как будто вы предполагаете, что он может оказаться человеком и того и другого сорта. Либо он тот, кому можно рассказывать о своих

ность данной терапии для лечения булимии (Fairburn et al., 1993), а в настоящее время изучается возможность ее применения и для других клинических ситуаций.

Поведенческая терапия

Применение техники выработки условных рефлексов в терапии имеет долгую историю. Тем не менее **поведенческая терапия** — использование терапевтических процедур, основанных на принципах классического и оперантного обусловливания, возникла лишь в 1960-х годах.

Согласно воззрениям поведенческой терапии, как мы узнали из главы 3, плохо приспособленный человек (если он не страдает патологией головного мозга) отличается от остальных только тем, что он: 1) не смог приобрести навыки, необходимые для того, чтобы справляться с жизненными проблемами; 2) или усвоил ложные реакции в результате научения либо паттерны решения проблем, которые сохраняются,

чувствах, и он их поймет; либо тот, кто бросит вас за вашу слабость, как только вы расскажете о том, что вы чувствуете. Такое впечатление, что вы можете представить себе обе ситуации, но предпочитаете вторую.

Клиентка: Да, вы правы. Но я не знаю, не думаю, что это настораживает меня. Я понимаю, о чем вы говорите, но даже не представляю, как могла бы рассказать кому-нибудь о своих чувствах.

Терапевт: Не знаете, как?

Клиентка: Нет. Вы понимаете.

Терапевт: Вы боитесь, что если ваши чувства выйдут наружу, что если они на самом деле вырвутся...

Клиентка: Да.

Терапевт: Если они на самом деле вырвутся... вы боитесь, что я не захочу слышать об этом. Вы боитесь, что мне не захочется иметь дело с вашей слабостью или печалью.

Клиентка: Возможно. И мне иногда страшно, когда я... когда слишком много всего наваливается на меня, что я не выдержу, а мне бы этого не хотелось...

Терапевт: [прерывает] И если вы потерпите неудачу, я уйду.

Клиентка: И тогда я в любом случае не смогу сделать этого, я не могу слечь в постель на несколько дней, понимаете.

Терапевт: Единственный способ потерпеть неудачу – это не вставать с постели несколько дней.

Клиентка: Иногда.

Терапевт: Вы видите, что это действие, а не игра словами.

Клиентка: Я знаю. Я не думаю об этом, просто сплю и лежу.

Терапевт: Итак, это способ не думать и не чувствовать.

Клиентка: Да, это правда.

Источник: Foelsch & Kernberg, 1998; p. 86–88.

получая каким-то образом подкрепление; 3) или для него характерно и то и другое. Таким образом, специалист в области поведенческой терапии прежде всего точно укажет неадаптивное поведение, нуждающееся в модификации, и адаптивное поведение, которого необходимо добиться, а также специфические принципы научения или процедуры для достижения желаемого результата.

Вместо того чтобы заниматься исследованием травмирующих событий далекого прошлого или внутренних конфликтов, такой специалист попытается непосредственно модифицировать проблемное поведение, ослабляя такие неадаптивные реакции, как тревожность, вырабатывая при этом противоположные реакции или манипулируя возможностями окружающей среды, то есть используя подкрепление, ожидание подкрепления или иногда наказание для формирования внешних действий. Несомненно, с точки зрения ортодоксального бихевиориста, «личность» существует лишь как набор модифицируемых привычек. Техники поведенческой терапии особенно эффективно изменяют неадаптивное поведение, если подкрепление происходит одновременно с желаемым ответом, а также в случае, когда человек знает, что от него ожидают и почему он получает подкрепление. Естественно, что конечная цель — не получение желаемой ответной реакции, а постановка ее под контроль индивида.

В предыдущих главах мы привели много примеров, демонстрирующих применение поведенческой терапии. В этом разделе мы кратко рассмотрим ее основные методы.

Контролируемая экспозиция

Как мы узнали из главы 5, а также согласно теории поведения, большинство людей, страдающих тревожными расстройствами, реагируют на фактически безобидные внутренние или внешние стимулы приобретенной (выученной и условной) реакцией тревоги. Со времен Павлова (см. главу 2) известно, что можно исключить («погасить») такой ответ, представляющий собой сформированный условный рефлекс, если повторно предъявлять соответствующие стимулы в отсутствие «подкрепления», каковым в данном случае является некое ужасное событие (например, смерть), об угрозе которого сигнализирует присутствие соответствующих стимулов. Однако в этом случае возникает следующее возражение: если все обстоит именно так, то почему тревожные расстройства не проходят сами по себе, поскольку вероятность ужасных событий, вызывающих фобический страх, например, такого, как обрушение моста, очень мала, хотя стимулы (мосты) и присутствуют? Проблема заключается в том, что клиенты с тревожными расстройствами уже усвоили искусные и нередко сложные способы избегания тревожных стимулов, получая подкрепление в виде относительно быстрого уменьшения воображаемых страданий. Но, поступая так, они лишают себя возможности погасить тревожность. Контролируемая экспозиция вызывающих тревогу стимулов представляет собой метод поведенческой терапии, который был разработан для того, чтобы обеспечить потерю навыков реакции тревоги. Существует две основные техники этого метода: систематическая десенсибилизация и экспозиция *in vivo*.

Систематическая десенсибилизация. Для изменения поведения, получающего положительное или отрицательное подкрепление, используется техника подавления неадаптивных реакций. С поведением, получающим отрицательное подкрепление

(подкрепляемое успешным избеганием болезненной ситуации), иметь дело сложнее, поскольку, как уже отмечалось, клиент, склонный к избеганию, так и не сможет узнать, что ожидаемые негативные последствия на самом деле никогда не случаются.

Одна из методик, доказавшая свою пригодность для ослабления негативно подкрепляемого поведения, заключается в том, чтобы добиться антагонистической или конкурирующей ответной реакции. Поскольку трудно, если вообще возможно, испытывать в одно и то же время удовольствие и тревогу, метод систематической десенсибилизации применяется с целью научения клиента расслабляться или вести себя так, чтобы это исключало возможность развития у него тревоги в присутствии (реальном или воображаемом) стимула, вызывающего ее. Следовательно, этот метод можно считать процедурой выработки противоположного рефлекса. Слово «систематическая» относится к осторожности и постепенности, с какой человеку предъявляют устрашающий стимул; данная процедура является полной противоположностью некоторым формам экспозиции *in vivo*, которые будут описаны далее.

Прототипом систематической десенсибилизации служит классический эксперимент Мэри Коувер Джонс (Jones, 1924), в ходе которого она успешно поборола страх маленького мальчика перед белым кроликом и другими пушистыми животными. Джонс начала с того, что внесла кролика в дверь в дальнем конце комнаты, в которой ел Питер. С каждым днем кролика подносили все ближе и ближе к мальчику, пока он, наконец, не смог коснуться его одной рукой, продолжая есть другой. Джозеф Вольпе (Wolpe, 1958; Rachman & Hodgson, 1980) усовершенствовал процедуру, разработанную Мэри Джонс, и придумал для ее обозначения термин *систематическая десенсибилизация*. Исходя из предположения о том что большинство паттернов, связанных с тревожностью, представляют собой условный ответ, Вольпе разработал способ, с помощью которого можно было научить клиента оставаться спокойным и расслабленным в ситуациях, вызывавших ранее тревогу. Подход Вольпе удивительно прост и обладает очень сильным действием.

Сначала клиента учат входить в состояние релаксации, обычно последовательно концентрируясь на расслаблении различных групп мышц. Тем временем с помощью терапевта строится иерархическая лестница тревожности, состоящая из воображаемых сцен, расположенных в зависимости от своей способности вызывать тревогу. Например, если проблема заключается в сексуальной тревожности, то эпизод, вызывающий слабое беспокойство, — это обед со свечами в обществе возможного партнера; тогда как сцена, порождающая сильное беспокойство, — образ пениса, внедряющегося во влагалище. Сеансы активной терапии заключаются в том, чтобы многократно, в состоянии глубокого расслабления, представлять себе сцены из этой иерархии, начиная с тех, которые вызывают наименьшее беспокойство, и постепенно переходя ко все более тревожным. Сеанс прекращается в тот момент, когда клиент заявляет о сильном беспокойстве. Следующая сессия возобновляется со сцены, занимающей предыдущую ступень в иерархии.

Лечение продолжается до тех пор, пока клиент не сможет мысленно представлять все сцены иерархической лестницы, не испытывая заметного дискомфорта; в этот момент проблемы реальной жизни клиента также демонстрируют существенное улучшение. Обычно сеанс десенсибилизации продолжается 30 минут, а сессии проводятся 2–3 раза в неделю. При этом общая программа терапии может занять несколько недель и даже месяцев. Однако, как правило, клиенты достигают значи-

тельного успеха уже в самом начале лечения (Kennedy & Kimura, 1974). Как и в случае психодинамической терапии, оригинальная модель методики десенсибилизации была дополнена более краткими и прямыми техниками, описанными ниже.

В настоящее время известно несколько вариантов метода систематической десенсибилизации. В одном из них подразумевается использование магнитофона, что позволяет клиентам проводить процесс десенсибилизации на дому. В другом используются групповые методики, как в марафонских группах десенсибилизации, где вся программа занимает несколько дней интенсивного лечения. Один из авторов данной книги использует гипноз, чтобы добиться релаксации (стандартное обучение релаксации может оказаться довольно скучным) и живости воображаемых сцен в иерархической лестнице. В справке 17.2 рассмотрена недавно разработанная терапия, составной частью которой является воображаемая экспозиция. Возможно, самым важным современным вариантом метода стала десенсибилизация *in vivo*, которая обычно включает в себя постепенную экспозицию подлинных (не реалистически) устрашающих ситуаций.

Экспозиция *in vivo*. После появления и быстрого завоевания признания методом систематической десенсибилизации Вольпе, исследователи в области поведенческой терапии сосредоточили свое внимание на определении дифференциального вклада каждого компонента метода (обучение релаксации, постепенное введение стимулов, вызывающих тревогу, воображаемая экспозиция) в общий успех терапии. В середине 1980-х годов стало ясно, что главным компонентом была фактически экспозиция ранее избегаемых и порождающих тревогу стимулов, в то время

СПРАВКА 17.2

EMDR: всего лишь еще один метод экспозиции?

О появлении терапевтического метода глазодвигательной десенсибилизации переработки (*EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing*) было заявлено его автором Ф. Шапиро примерно 10 лет назад (Shapiro, 1989). Его активно стали применять как необычно эффективное и «революционное» средство для лечения различных, главным образом тревожных, расстройств (Shapiro, 1995, 1996; Shapiro & Forest, 1997), и в Калифорнии, в Пасифик-Гроув, был создан Институт *EMDR*. Данный метод оказался привлекательным для целого ряда клиницистов, главным образом занимающихся частной практикой; около 22 тыс. специалистов, пройдя соответствующее обучение, финансируемое институтом, получили сертификат и право применять данный метод (*EMDR* Institute, 1997). Коммерческая, рекламная и патентная деятельность, связанная с развитием метода *EMDR*, наряду с тем особым значением, какое придавалось стимуляции латеральных движений глаз клиента, вызвало глубочайшее изумление всего профессионального сообщества специалистов в области психического здоровья (Acierno et al., 1994). Отчасти реакция удивления вылилась в энергичную критику теоретических и фактических основ сообщений о потрясающем успехе (например, излечении синдрома посттравматического стресса за один сеанс), которого добивались сторонники *EMDR*. Мы остановимся здесь на рассмотрении последнего из них.

Данный метод широко подвергался критике (например, Foa & Meadows, 1997). Джеффри Лор и его коллеги (Lohr et al., 1995; Lohr, Tolin & Lilienfeld, 1998) провели наиболее всестороннее и тщательное исследование работ, посвященных *EMDR*, результаты которого были представлены в двух обзорах, опубликованных друг за другом. Авторы пришли к следующим выводам.

как остальные компоненты лишь усиливали ее действие. (Как мы знаем, обучение релаксации может быть очень полезной процедурой в случае многих расстройств, вызванных стрессом.)

Признав экспозицию ключевым элементом при лечении многих форм тревожных расстройств, терапевты смогли разработать разнообразные прямые методы, в которых клиенты многократно сталкивались с действительными, а не воображаемыми, внутренними (например, нарушения сердечного ритма) или внешними (место, расположенное на высоте) стимулами, порождающими у них реакции беспокойства. Такой подход часто называют **экспозицией *in vivo*** (в отличие от экспозиции *in vitro*, или воображаемой). Воображаемые процедуры имеют некоторые ограничения, прежде всего потому, что не все люди способны живо представить некие определенные сцены. В процессе исследования клиентов, страдающих агорафобией (Emmelkamp & Wessels, 1975), было установлено, что длительная экспозиция *in vivo* имеет явные преимущества по сравнению с использованием воображения. В результате за последние годы метод экспозиции *in vivo* стал использоваться значительно чаще, чем воображение *in vitro* в тех случаях, когда можно определить в конкретных понятиях ситуацию, порождающую беспокойство, и побудить клиента непосредственно испытать ее (Barlow, 1988, 1993). Однако некоторые ситуации трудно или неразумно воспроизводить в реальной жизни, если они связаны, например, с воспоминаниями о таких уникальных событиях прошлого, как природный катаклизм, или в случае, когда экспозиция *in vivo* чревата объективной опасностью. Так, весьма желательно, чтобы жертва, травмированная изнасилова-

- Процедура *EMDR* содержит несколько элементов, оказывающих, как известно, мощное терапевтическое воздействие, такое как воображаемая экспозиция и когнитивное переструктурирование.
- Индукция латеральных движений глаза (или других латерализованных движений, например постукивания пальцем) не является необходимой для достижения результата.
- По большей части позитивный эффект *EMDR* связан с неспецифическими параметрами лечения, такими как плацебо-эффект.
- Результаты, подтверждающие эффективность *EMDR*, как правило, сводятся к устным отчетам клиентов.
- Теоретические постулаты *EMDR*, главным образом представление о том, что латерализованные движения ускоряют обработку аффективно-когнитивной информации, не имеют под собой фактического научного подтверждения.

Следовательно, возникает ощущение, что сторонники *EMDR* слишком активно рекламировали свои исследования. В результате они привлекли к себе внимание критиков. В настоящее время некоторые из них придерживаются мнения, что к ним предъявили более высокие требования, чем к приверженцам других направлений. Возможно, это соответствует действительности, однако на ком в таком случае лежит ответственность?

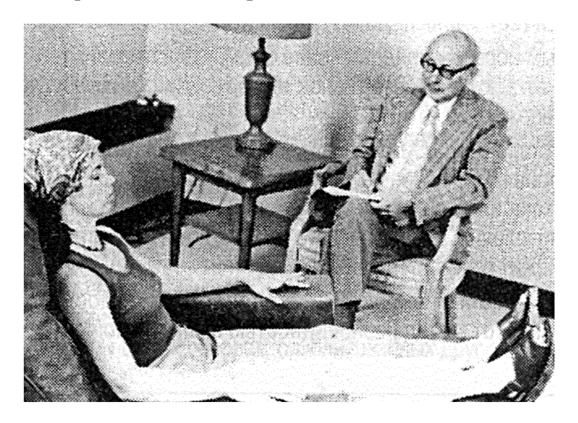
Дальнейшие исследования, несомненно, помогут выявить природу и действенность *EMDR*. До этого времени мы будем считать этот метод разновидностью экспозиционной терапии.

нием, столкнулась с обстоятельствами, сопутствующими нападению (Calhoun & Resick, 1993). В то же время явно было бы глупо рекомендовать ей прогуливаться в криминогенных районах поздно вечером. Кроме того, иногда клиент может испытывать настолько сильный страх, что не в состоянии непосредственно пережить ситуацию, вызывающую тревогу (Emmelkamp & Wessels, 1975). Следовательно, метод воображения остается неотъемлемой частью здания терапии.

С другой стороны, процедуру экспозиции можно сделать вполне переносимой даже для самых боязливых клиентов, не снижая ее эффективности за счет поддержки, оказываемой терапевтом, и активного руководства процессом, что и было продемонстрировано в исследовании, посвященном лечению агорафобии (Williams & Zane, 1989). Кроме того, некоторые терапевты, ориентированные на технологические достижения, начали эксперименты с компьютерной виртуальной реальностью, предъявляя клиентам сцены, которые было бы неразумно, неудобно и невозможно воссоздать в реальной жизни (Rothbaum et al., 1995a, 1995b, 1996). По-видимому, у этого метода большое будущее.

Одним из способов, позволяющих избежать нежелательных реакций в процессе лечения методом экспозиции, является модификация переживаний *in vivo*, которая представляет собой повторную экспозицию субъективных соматических показателей стимула, обычно предшествующих панике (например, учащенное сердцебиение, которое отмечается в начале ложной тревоги, см. главу 5), а не самих травматических ситуаций. Полученные данные говорят о том, что именно эта информация тела служит триггером для приступа тревоги. Барлоу с коллегами (Barlow et al., 1989; Craske & Barlow, 1993) разработали эффективную процедуру погашения цепной реакции подобного типа, например, при помощи обучения клиентов самостоятельно многократно вызывать у себя симптомы ложной тревоги, вследствие чего происходит привыкание (интероцептивная экспозиция). В одном из исследований, где в качестве основного метода лечения панического расстройства применялась экспозиция воображаемых стимулов, были получены результаты, намного превосходящие медикаментозное лечение алпразоламом (ксанаксом), препаратом бензодиазепинового ряда, обладающим сильными антипаническими свойствами и вызывающим привыкание (Klosko et al., 1990).

В случае, когда у терапевта есть возможность выбора (в зависимости от природы проблемы, толерантности клиента и его готовности к сотрудничеству), необхо-



Джозеф Вольпе проводит сеанс систематической десенсибилизации с целью уменьшения тревожности клиентки. Клиентку, находящуюся в расслабленном состоянии, просят вообразить ситуацию из ее списка тревожных стимулов, вызывающую самое слабое беспокойство. Если она начнет испытывать тревогу, то получит инструкцию остановиться и снова расслабиться.

димо помнить, что процедуры *in vivo* превосходят по эффективности и, по всей вероятности, действенности методы, использующие воображение (Emmelkamp, 1994). В целом лечение методом экспозиции приводит к впечатляющему успеху (Emmelkamp, 1994; Nathan & Gorman, 1998; Roth & Fonagy, 1996).

Аверсивная терапия

Аверсивная терапия представляет собой модификацию нежелательного поведения с помощью старого метода наказаний. Наказание может включать в себя как изъятие награды, так и использование аверсивных стимулов. Однако основная идея заключается в том, чтобы уменьшить «соблазнительную ценность» стимулов, вызывающих нежелательное поведение. В настоящее время чаще всего в качестве аверсивных стимулов используются препараты, обладающие неприятным эффектом, например антабус, который вызывает тошноту и рвоту, если в организм человека попадает алкоголь (см. главу 10). В других случаях клиенту рекомендуют носить на запястье прочную эластичную повязку и, оттягивая ее, щелкать себе по руке всякий раз, когда возникает искушение, таким образом наказывая себя. В прошлом широко применялись программы, в которых нежелательное поведение сопровождалось болезненным ударом тока, что способствовало созданию «негативного имиджа» аверсивной терапии у населения. Аверсивную терапию используют для лечения широкого спектра неадаптивного поведения, включающего в себя курение, пьянство, переедание, наркотическую зависимость, склонность к азартным играм, сексуальные отклонения и экзальтированное психотическое поведение.

Другой вариант аверсивной терапии называется **скрытая**, или **викарная, сенсибилизация**. В этом случае с помощью классического формирования условных рефлексов пытаются вызвать неприятные чувства, например отвращение или

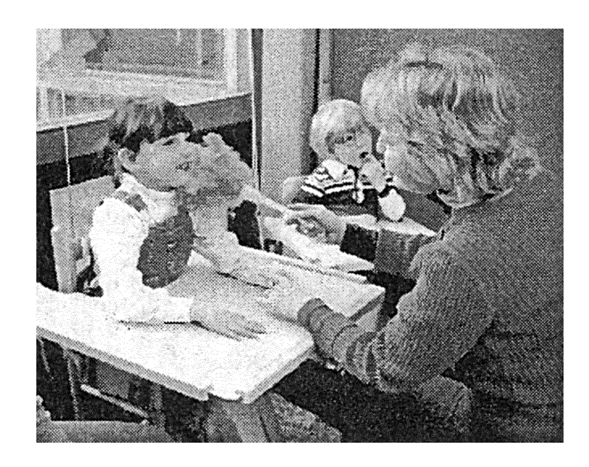
Экспозиция *in vivo* представляет собой технику, которая заключается в помещении индивидуума в реальную жизненную ситуацию, вызывающую у него тревогу, с целью погашения обусловливающих тревогу стимулов, так же как и самой тревоги. Например, клиенту, испытывающему страх высоты, можно предложить подняться на крышу высотного здания для демонстрации безопасности таких действий.

страх, ассоциирующиеся с искушающими стимулами (Maletsky, 1998). Например, была описана процедура (Weinrot & Riggan, 1996), в которой подросткам, совершившим сексуальные преступления, демонстрировали видеозапись с графическим изображением возможных последствий девиантного поведения, таких как вероятность быть изнасилованным в период тюремного заключения или презираемым и отверженным сверстниками противоположного пола, знающими о произошедшем противоправном действии. Авторы сообщают, что многие правонарушители во время просмотра видеофильмов испытывали тошноту.

Аверсивная терапия — это прежде всего способ, и иногда достаточно эффективный, приостановки неадаптивных реакций на короткое время. При наличии такого перерыва у специалиста появляется возможность заменить их новым поведением или изменить стиль жизни клиента, используя более адаптивные альтернативные паттерны, которые сами по себе являются положительными стимулами. Этот момент особенно важен, поскольку в противном случае клиент может воздерживаться от неадаптивных реакций в небезопасной для него ситуации терапии, где такое поведение влечет за собой немедленный аверсивный результат, но в то же время сохранить старое поведение в ситуациях реальной жизни в отсутствие угрозы неминуемой расплаты. Кроме того, маловероятно, что клиент откажется от существовавшего ранее неадаптивного, но принимаемого им поведенческого паттерна, если в процессе аверсивной терапии не будут выучены альтернативные формы вознаграждения. Терапевта, который уверен в том, что можно что-то изъять, ничего не положив взамен на пустое место, ожидает глубокое разочарование. Это необходимо помнить при лечении вредных привычек и парафилий, хотя данный пункт часто отсутствует в хорошо продуманных во всех других отношениях программах.

Моделирование

Как следует из самого названия, **моделирование** представляет собой научение каким-либо навыкам с помощью подражания другому человеку, например родителю или терапевту, который демонстрирует поведенческие акты, подлежащие усвоению. Молодому клиенту можно демонстрировать поведение или роли сверстников, выступающих в данном случае в качестве помощников терапевта, а затем



Положительное подкрепление – эффективный метод решения поведенческих проблем; в качестве положительных стимулов часто используют пищу или другие источники удовольствия. Позитивное поведение ребенка-аутиста подкрепляют, поглаживая его перьевой кисточкой.

побуждать его имитировать новые желательные реакции и практиковаться в них. Так, можно использовать моделирование для того, чтобы ускорить обучение ребенка с задержкой умственного развития простым навыкам, таким как самостоятельная еда, или более сложным, — например эффективному социальному поведению, — застенчивого и замкнутого подростка. В работе с детьми особенно целесообразно моделировать эффективное принятие решения и решение проблемы, когда терапевт «думает вслух» о повседневных ситуациях выбора, которые будут представлены в ходе терапии (Kendall, 1990; Kendall & Braswell, 1985).

Моделирование и подражание представляют собой взаимосвязанные аспекты различных форм поведения, равно как и видов терапии. Например, в одной из первых классических работ Бандуры (Bandura, 1964) было установлено, что моделирование бесстрашия в сочетании с инструкциями и контролируемой экспозицией оказывается самым эффективным лечением фобии перед змеями и приводит к исчезновению фобических реакций более чем у 90% пациентов.

Систематическое использование подкрепления

Систематические программы, часто называемые **управлением случайностью** и заключающиеся в управлении подкреплением с целью подавления (угашения) нежелательного поведения или проявления и сохранения эффективного поведения, позволяют достигнуть значительного успеха, особенно в лечебных заведениях (но не только там).

Подавление проблематичного поведения сводится к тому, чтобы убрать положительные стимулы, подкрепляющие его, в тех случаях, когда их удается идентифицировать. Иногда идентификация не вызывает никаких затруднений, как, например, в приведенном ниже случае. Иногда она требует чрезвычайно тщательного наблюдения и анализа, которые позволяют терапевту узнать, что именно поддерживает неадаптивное поведение.

Разбор случая: поведенческая терапия для любителя пускать пыль в глаза. Родители привели Билли, 6-летнего первоклассника, в психологическую клинику, потому что он ненавидел школу, а его учительница сказала им, что демонстративное поведение их ребенка разлагает класс и способствует изоляции мальчика. Наблюдения за Билли и его родителями во время первого интервью ясно показали, что и мать и отец с восхищением и без всякой критики относились ко всему, что делал их сын. После проведения дальнейшей оценки была предложена программа, включающая в себя три фазы: 1) родителям показали различие между демонстративным и подобающим поведением Билли; 2) им предлагалось выказывать отсутствие внимания и интереса в случае демонстрации их сыном неадаптивного поведения, но одобрять подобающее его поведение, и 3) учительнице Билли посоветовали игнорировать его, насколько это возможно, когда он вел себя демонстративно, и обращать свое внимание на тех детей, которые вели себя подобающим образом.

Несмотря на то что в течение нескольких первых дней осуществления программы демонстративное поведение Билли в классе усилилось, в дальнейшем оно резко пошло на убыль, когда не стало получать подкрепления со стороны родителей и учительницы. По мере ослабления неадаптивного поведения мальчика одноклассники стали лучше относиться к нему, что, в свою очередь, помогло подкрепить его положительные поведенческие паттерны и изменило негативное отношение ребенка к школе.

В случае Билли нежелательное поведение было изменено посредством уничтожения подкрепляющих его стимулов. В других случаях терапия необходима для того, чтобы установить желаемое поведение. При этом чаще всего используются следующие техники: формирование ответа, жетонная система и заключение контрактов о поведении.

Формирование ответа. При формировании ответа часто используют положительное подкрепление, то есть постепенно приближаются к такой ответной реакции, которая вызывает активное сопротивление или изначально отсутствует в репертуаре поведения индивида. Такая техника широко применяется в работе с проблемным детским поведением. Хорошей ее иллюстрацией может быть следующее классическое исследование (Wolf, Risley & Mees, 1964).

Разбор случая: формирование поведения у аутичного мальчика. У 3-летнего аутичного мальчика отсутствовало нормальное вербальное и социальное поведение. Он не умел правильно есть, ему были свойственно саморазрушительное поведение (он бил себя по голове и царапал лицо) и неуправляемые вспышки ярости. Незадолго до этого он перенес операцию по поводу катаракты и должен был носить очки для восстановления нормального зрения. Однако он отказывался делать это и разбивал одну пару очков за другой.

Для решения проблемы с очками терапевт применил технику формирования поведения. В начале мальчика научили ожидать получения кусочка сластей или фруктов при звуке игрушечного звонка. В дальнейшем перешли к обучению с оправами от очков. Сначала мальчика поощряли конфетами или фруктами, когда он подбирал оправу, затем, — когда держал ее; и далее — поэтапно: когда носил в руках, подносил к глазам, прикладывал под любым углом к голове. Благодаря последовательному приближению к заданной цели мальчик, в конце концов, научился носить очки с корректирующими линзами в течение 12 часов в сутки.

Жетонная система. Одобрение и другие неосязаемые положительные стимулы могут оказаться неэффективными, если программы модификации поведения используются при тяжелых неадаптивных поведенческих паттернах. В таких случаях подобающее поведение может вознаграждаться вещественными положительными стимулами в виде каких-либо символов, которые в дальнейшем можно обменять на желаемый предмет или определенные привилегии (Kazdin, 1980). В ходе работы со стационарными больными, страдающими шизофренией, было, например, установлено (Ayllon & Azrin, 1968), что большинству пациентов посещение больничного магазина, прослушивание музыкальных записей и просмотр кино казались привлекательными занятиями. В результате данные виды деятельности были выбраны терапевтом в качестве положительных стимулов за социально приемлемое поведение. Чтобы получить разрешение на любое из этих занятий, клиент должен был заработать определенное количество жетонов, демонстрируя в палате соответствующее поведение. В главе 18 мы опишем еще одну программу по «экономике жетонов», оказавшуюся чрезвычайно успешной и используемой при работе с хроническими клиентами, постоянно находящимися в больнице и считавшимися не поддающимися лечению (Paul, 1982; Paul & Lentz, 1977).

Жетонную систему использовали с целью формирования адаптивного поведения, варьирующего от элементарных реакций, например соблюдения основных правил в процессе еды и уборки постели, до ежедневного выполнения ответствен-

ной работы в больнице. В последнем случае экономика жетонов напоминает внешний мир, где человеку платят за сделанную работу жетонами (деньгами), которые позднее можно обменять на желаемые предметы и занятия. Использование жетонов в качестве положительных стимулов за надлежащее поведение имеет ряд несомненных преимуществ: 1) количество заработанных жетонов непосредственно зависит от количества проявлений желательного поведения; 2) жетоны, как и деньги во внешнем мире, можно сделать единым общим платежным средством, то есть на них можно что-либо «купить», они не являются предметом потребления, сохраняют свое побуждающее значение; 3) жетоны помогают сократить временной разрыв между надлежащим исполнением и подкреплением; 4) количество заработанных жетонов и способ их «траты» зависят главным образом от самого клиента и 5) жетоны служат своего рода мостом между больничным окружением и требованиями, системой оплаты, существующими во внешнем мире.

Конечной целью «экономики жетонов», как и других программ, использующих внешнее подкрепление, является не только получение желаемых ответных реакций, но и доведение их до того уровня, когда выработанные адаптивные действия будут подкреплять сами себя (то есть добиться внутреннего подкрепления); таким образом будет обеспечено естественное, а не искусственное вознаграждение за желательное поведение. Так, для того чтобы помочь детям преодолеть трудности чтения, в самом начале можно использовать внешнее подкрепление. В то же время предполагается, что, как только ребенок научится читать, данный навык обеспечит внутреннее подкрепление, поскольку малыш сможет наслаждаться самим процессом чтения.

Эффективность политики жетонов была наглядно продемонстрирована на примере пациентов, страдающих хронической шизофренией или задержкой умственного развития, а также на детях, однако в последнее время ее применяют не так уж часто (Paul & Menditto, 1992). В некоторой степени это обусловлено сокращением бюджета, выделяемого на обучение медицинского персонала больниц, необходимого для осуществления таких программ (Paul, Stuve & Cross, 1997). «Экономику жетонов» плохо понимают неспециалисты, которые считают ее негуманной и грубо манипулятивной. Если эти люди «больны», рассуждают обыватели, то им следует получать медицинскую помощь, а не вознаграждение за «осуществление каких-либо действий». К сожалению, такое мышление превращает хронических больных в социальных инвалидов.

Заключение контракта о поведении. Техника, называемая **поведенческим контрактом**, используется при некоторых типах психотерапии и поведенческой терапии с целью идентификации поведения, подлежащего изменению, и повышения вероятности того, что эти изменения произойдут и сохранятся в дальнейшем (Nelson & Mowry, 1976). Согласно определению, контрактом называется соглашение двух или более сторон (например, терапевта и клиента, родителя и подростка, мужа и жены), в котором фиксируются взаимные обязанности по отношению друг к другу. В соглашении, часто в письменной форме, указывается необходимость изменения поведения клиента, равно как и ответственность другой стороны за то, что он получит, например, ощутимую награду, привилегии или внимание терапевта в случае выполнения указанных условий. Специалисты в области поведенческой терапии на начальном этапе работы с клиентом нередко делают основной упор на заключении такого контракта, что помогает рассматривать лечение как совместное

предприятие, за которое обе стороны несут ответственность. Контракты часто применяют в процессе поведенческой терапии пар, когда официально оговариваются, нередко в письменной форме, принципы, управляющие обменом «подкрепления» между страдающими сторонами (Cordova & Jacobson, 1993). Например, муж может согласиться ходить в новый ресторан раз в месяц в обмен на согласие жены говорить об учебе детей не чаще трех раз в неделю. Исследования показали, что этот метод приводит к желаемому результату (Shadish et al., 1993).

Заключение поведенческого контракта может способствовать успеху терапии в силу ряда причин: 1) появляется возможность четко структурировать отношения в процессе лечения, дать клиенту ясное понимание роли каждой из сторон; 2) подчеркивается ответственность самого клиента и вводится система вознаграждений за изменение поведения; 3) указаны ограничения, связанные с лечением, то есть продолжительность сессий и то, чему они посвящены; 4) по соглашению сторон, некоторые формы поведения (например, сексуальная ориентация клиента) могут быть исключены из сферы внимания терапии, что позволяет определить соответствующее содержание терапевтических сессий; 5) легче определить задачи лечения и 6) в программу можно включить критерии, определяющие степень успешности достижения поставленных целей.

В некоторых случаях возможно заключение контракта между трудным ребенком и учителем. В соответствии с контрактом ребенок сохраняет или получает определенные привилегии до тех пор, пока ведет себя согласно договоренности. Обычно директор школы также участвует в заключении контракта. Это позволяет проводить определенные действия, выходящие за пределы возможностей учителя, например удалять ребенка из класса за дурное поведение.

Мы не знаем терапевтов, которые верили бы в то, что подобные официальные терапевтические контракты как способ регуляции межличностного поведения характеризовались долгосрочностью. Скорее, как и в случае аверсивной терапии,



Давно признано значение нервной системы в развитии анормального поведения. Активация нервной системы является важным фактором, вызывающим состояния тревоги. Биологическая обратная связь представляет собой метод, предназначенный для снижения активации и тревожного компонента.

с помощью контрактов прерывают на некоторое время самоподдерживающееся дисфункциональное поведение, что позволяет выработать новые ответные реакции, которые могут оказаться более адаптивными и приемлемыми.

Лечение с помощью биологической обратной связи. Долгое время широко бытовало мнение о том, что невозможно произвольно контролировать такие физиологические процессы, как число сердечных сокращений, электрическое сопротивление кожи и показатели артериального давления. Однако в начале 1960-х годов эти взгляды претерпели изменения. Большое количество исследований, проведенных с помощью чувствительных электронных приборов, позволяющих точно измерять физиологические реакции, показало, что многие процессы, ранее считавшиеся непроизвольными, на самом деле поддаются изменениям посредством оперантного научения. Так, Киммель (Kimmel, 1974) продемонстрировал, что электрическое сопротивление кожи, отражающее активность потовых желез, регулируется с помощью оперантного научения.

Давно признается значение нервной системы в развитии анормального поведения. Например, ее активация является важным фактором, вызывающим состояние тревоги. Многие исследователи применяли методы, разработанные в процессе выработки условных рефлексов, для модификации каких-либо состояний, реакций организма, например с целью изменения сердечного ритма пациентов, жалующихся на его нерегулярность (Weiss & Engel, 1971), излечения заикания, используя информацию об электрическом потенциале мускулатуры речевого аппарата (Lanyon, Barrington & Newman, 1976), и уменьшения боли в пояснице (Wolf, Nacht & Kelly, 1982) или хронических головных болей (Blanchard et al., 1983).

Метод лечения, заключающийся в том, что человека учат влиять на свои физиологические процессы, называется **биологической обратной связью**. Обычно в процессе лечения методом биологической обратной связи выделяют несколько этапов: 1) мониторинг физиологической реакции, которая подлежит модификации (например, артериальное давление и температура кожи); 2) преобразование информации в визуальный или аудиосигнал и 3) обеспечение способа получения информации об обратной связи, который наиболее быстро указывал бы субъекту на то, что желаемое изменение произошло (Blanchard & Epstein, 1978). При наличии обратной связи субъект может попытаться уменьшить свою эмоциональность, точно так же, как в случае понижения температуры кожи. По большей части обратная связь направлена на то, чтобы снизить реактивность какой-либо системы органов, иннервируемой нервной системой, обычным физиологическим компонентом ответной реакции тревоги.

Подавляющее большинство специалистов согласны с тем, что с помощью научения в какой-то степени можно регулировать многие физиологические процессы, однако применение метода обратной связи для изменения аномального поведения дает противоречивые результаты. Многочисленные, но тщательно контролируемые исследования, демонстрирующие клиническое применение метода обратной связи, зачастую не согласуются с предварительным предположением о значительном улучшении состояния клиента в результате его использования. Эффект метода биологической обратной связи в целом оказывается незначительным; кроме того, его применение невозможно вне лабораторных условий, где отсутствует необходимая аппаратура (Blanchard & Young, 1973, 1974). Тем не менее существуют доказательства того,

что жертвы тяжелых головных болей иногда хорошо реагируют на применение метода обратной связи (Blanchard, 1994). В одном из исследований Флор и Бирбаумер (Flor & Birbaumer, 1993) продемонстрировали впечатляющий эффект (по сравнению с контрольной группой) электромиографической (записи мышечного напряжения) биологической обратной связи на контроль боли в скелетных мышцах спины и челюсти, который сохранялся и через 24 месяца после эксперимента.

К сожалению, в этом, последнем, исследовании авторы не сравнивали полученные результаты с результатами группы, прошедшей обучение релаксации. В работах, где проводилось такое сравнение, обычно не удавалось продемонстрировать, что биологическая обратная связь более эффективна, чем релаксация. Это заставляет предположить, что такая связь представляет собой всего лишь более тщательно разработанный и дорогостоящий способ научения клиентов расслаблению (Blanchard & Epstein, 1978; Blanchard et al., 1980; Tarler-Beniolo, 1978). Обучение релаксации до сих пор остается надежным способом лечения как болезненных физических состояний (см. количественный анализ в обзоре: Carlson & Hoyle, 1993), так и психических расстройств, существенный компонент которых составляет тревога (Nathan & Gorman, 1998; Roth & Fonagy, 1996). В настоящее время еще рано делать какие-либо окончательные выводы, однако необходимо отметить, что, как и в случае других методов лечения, можно ожидать, что применение биологической обратной связи окажется необычайно эффективным для некоторой части клиентов.

Оценка поведенческой терапии

По сравнению с психодинамической и другими видами психотерапии поведенческая терапия обладает тремя несомненными преимуществами. Во-первых, этот метод лечения отличается точностью. В этом случае можно конкретизировать поведение, подлежащее модификации, использовать четкие методы и оценить результаты (Marks, 1982). Во-вторых, использование принципов научения представляет собой серьезную основу для эффективного вмешательства, поскольку его валидность не вызывает сомнений (Borkovec, 1997; Kazdin & Wilson, 1978). В-третьих, достигается серьезная экономия времени и финансов. Неудивительно, что по сравнению с остальными методами результаты, получаемые с помощью поведенческой терапии, оцениваются очень высоко (Nathan & Gorman, 1998; Roth & Fonagy, 1996; Smith et al., 1980). Как правило, поведенческая терапия позволяет достигнуть результата за короткое время, поскольку она направлена на устранение специфических симптомов, что ведет к быстрому облегчению страданий клиента и удешевлению процесса лечения.

Как и в случае других подходов, спектр эффективного применения поведенческой терапии ограничен; одни проблемы она решает лучше, чем другие. В целом, чем обширнее и неопределеннее проблема клиента, тем меньше вероятность того, что поведенческая терапия окажется полезной. Например, к ней редко прибегают в случае расстройств личности, относящихся к II оси, которые, как правило, не характеризуются специфическими симптомами. С другой стороны, поведенческие методы являются основными в современных подходах к лечению сексуальных дисфункций, что обсуждалось в главе 11. Количественный анализ результатов терапии подтверждает предположение о том, что поведенческой терапии принадлежит почетное место в лечении тревожных расстройств (Andrews & Harvey, 1981;

Chambless et al., 1998; Clum et al., 1993; Nathan & Gorman, 1998). Количественный анализ литературных данных, предложенный Смитом и его коллегами (Smith et al., 1980), показал неожиданно высокие результаты применения поведенческой терапии при лечении психозов. Таким образом, несмотря на то что поведенческая терапия не панацея, она смогла за короткий период времени занять почетное место среди методов психосоциальной помощи.

Когнитивная и когнитивно-бихевиоральная терапия

Как мы уже убедились, первые специалисты в области поведенческой терапии делали основной упор на наблюдаемом поведении. Они не рассматривали внутренние мысли своих клиентов как действительный элемент причинной цепи и, стремясь к объективности, фокусировали свое внимание на взаимоотношениях наблюдаемого поведения и условий подкрепления. Таким образом, их нередко считали механиками, которые манипулировали своими клиентами, не считая их за людей. Однако в конечном итоге многие представители поведенческой терапии, например Джозеф Вольпе, начали обращать внимание на скрытое поведение, как в случае с использованием воображаемых пугающих сцен в одном из терапевтических методов. В то время как сам Вольпе не делал акцента на роли когнитивных процессов *per se* или манипуляции ими, начиная с 1970-х годах все больше специалистов в области поведенческой терапии начали понимать важность «частных событий» — мыслей, ощущений, оценок и самоутверждений, — видя в них процессы, которые опосредуют воздействие стимулов и, таким образом, влияют на поведение и эмоции (Borkovec, 1985; Mahoney & Arnkoff, 1978).

Когнитивная и когнитивно-бихевиоральная терапия (эти названия по большей части взаимозаменяемы) берет начало как от когнитивной психологии, с ее акцентом на влиянии мышления на поведение и упором на исследовании природы наших когнитивных процессов, так и от бихевиоризма, с его строгой методологией и ориентацией на поведенческие аспекты. В настоящее время не существует единого набора методик, определяющих когнитивное направление психотерапии. Скорее, различные методы делают упор на разные моменты. Однако всем им присуще следующее: 1) убеждение в том, что когнитивные процессы влияют на эмоции, мотивацию и поведение, и 2) прагматический аспект использования когнитивных методов и методов изменения поведения (выдвижение гипотезы — ее проверка).

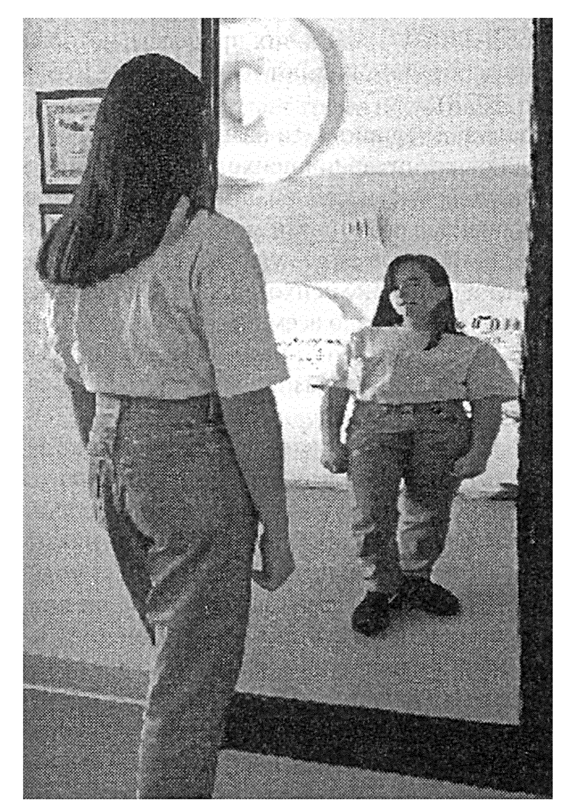
То есть по большей части содержание терапевтических сессий и домашние задания аналогичны экспериментам, в ходе которых используются принципы научения с целью изменения искаженных и дисфункциональных процессов познания клиента. При этом постоянно оценивается эффект, который эти изменения оказывают на его последующие мысли, чувства и внешнее поведение. Например, молодого человека, считающего, что его отвергнет любая женщина, к которой он приблизится, подведут к анализу причин, почему у него возникло такое мнение. Затем клиент может получить задание «проверить» дисфункциональную «гипотезу» на самом деле, подойдя к женщине, которая ему нравится. Результаты «теста» будут тщательно проанализированы когнитивным терапевтом и при необходимости обсуждены и исправлены все когнитивные «ошибки», которые могли помешать правильному поведению молодого человека.

Природа взаимоотношений между эмоциями, познанием и поведением — это сложная и давняя философская проблема, которая даже сегодня далека от разрешения. Могут мысли обусловливать эмоции и поведение? Любое серьезное обсуждение данного вопроса уведет нас далеко в сторону, однако следует иметь в виду, что интеллектуальный статус когнитивной терапии достаточно неоднозначен. Аарон Бек (Beck & Weishaar, 1989), ведущий специалист в этой области, признает, что нарушения в процессах познания не являются причиной аномального поведения или эмоций, а скорее, врожденным (хотя и изменяемым) их элементом. Если в соответствии с этой точкой зрения принципиальные когнитивные элементы можно изменить, то будут меняться поведение и неадаптивные эмоции. Мы уделим основное внимание трем подходам когнитивно-бихевиоральной терапии: 1) рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса; 2) терапии «прививкой стресса» Дональда Мейхенбаума и 3) когнитивной терапии Аарона Бека.

Рационально-эмотивная терапия

Одним из первых когнитивных методов поведенческой терапии стала **рационально-эмотивная терапия (РЭТ)** Альберта Эллиса (Ellis, 1958, 1973, 1975, 1979; Ellis & Dryden, 1997). РЭТ пытается изменить неадаптивные мыслительные процесса клиента, от которых, как предполагается, зависят неадаптивные эмоциональные реакции и, следовательно, поведение. В период появления РЭТ многие специалисты относились к ней достаточно скептически и сомневались в ее эффективности, однако в настоящее время она стала одним из самых широко распространенных терапевтических методов (Ellis, 1989).

Альберт Эллис утверждает, что нормально функционирующий индивид ведет себя рационально и в соответствии с эмпирической реальностью. Согласно мнению исследователя, мысли первичны по отношению к поведению, особенно



Когнитивно-бихевиоральная терапия направлена на раскрытие и изменение ложных установок и нереалистичных предположений о себе и событиях, которые могут быть свойственны нашему восприятию, внося свой вклад в развитие депрессии и других расстройств.

эмоциональному. К сожалению, многие из нас усвоили нереалистичные убеждения и перфекционистские ценности, которые заставляют индивида слишком многого требовать от себя, что, в свою очередь, ведет к иррациональному поведению и ощущению собственной ненужности в случае, когда он терпит неудачу. Например, человек может постоянно думать: «Я должен суметь завоевать любовь и признание всех окружающих» или «Я должен быть абсолютно адекватным и компетентным во всем, что делаю». Подобные нереальные предположения и требования к самому себе неизбежно приводят к неэффективному и саморазрушительному поведению в реальном мире, который реагирует соответствующим образом, и в дальнейшем к признанию неудачи и эмоциональной реакции в виде обесценивания себя. Таким образом, подобный эмоциональный ответ становится неизбежным следствием не реальности, а ложных ожиданий, интерпретаций и требований индивида к себе.

В качестве более специфического примера давайте рассмотрим человека, который испытывает интенсивную депрессивную реакцию, сопровождающуюся глубоким чувством ненужности, непривлекательности и самообесценивания в связи с невозможностью добиться ожидаемого продвижения по службе. Если бы человек обладал достаточно сильной Я-концепцией и реалистичным взглядом на самого себя и ситуацию на работе, его эмоциональная реакция могла бы быть не столь тяжелой; он смог бы ставить более объективные цели и выбирать способы их достижения. Именно его интерпретация ситуации и собственной личности, а не объективные факты, привели к такой интенсивной и парализующей эмоциональной реакции.

А. Эллис (Ellis, 1970) утверждает, что в большинстве случаев плохая психологическая приспособленность коренится в одной или нескольких основных, иррациональных установках, приведенных в табл. 17.1.

Таблица 17.1

Иррациональные установки Эллиса
Каждого человека должны любить все окружающие за все, что он делает.
Некоторые поступки просто ужасны, и люди, совершающие их, должны быть строго наказаны.
Ужасно, когда происходят не те события, которых мы хотим.
Если что-либо может оказаться опасным или страшным, всем следует ужасно расстраиваться по этому поводу.
По возможности лучше избегать жизненных проблем, чем встречать их лицом к лицу.
Каждому нужен кто-то более сильный или могущественный, чтобы положиться на него.
Каждый человек должен быть компетентным, умным и совершенным во всех отношениях.
Поскольку что-то когда-то повлияло на нашу жизнь, оно неизбежно снова окажет воздействие в будущем.
Каждый должен обладать совершенным и полным самоконтролем.
Счастья можно достичь с помощью инерции и бездействия.
Мы практически не можем контролировать наши эмоции, не можем вызывать определенные чувства.

Задача РЭТ состоит в том, чтобы реконструировать систему верований и самооценки индивида, особенно в отношении иррациональных утверждений со словами «должен» и «следует», которые мешают более позитивному чувству собственной ценности и творческому, эмоциональному удовлетворению в жизни. При этом используются несколько методов. Один из них заключается в том, чтобы оспаривать с помощью рациональных аргументов ложные установки человека. Например, терапевт, работающий в традиции РЭТ с разочарованным работником, о котором мы говорили ранее, может спросить: «Почему ваша неудача с продвижением по службе подразумевает то, что вы в целом не состоятельны?» Здесь терапевт может научить клиента идентифицировать и оспаривать утверждения, влекущие за собой негативные эмоциональные последствия.

В терапии РЭТ применяются также поведенческие техники, обычно для помощи клиентам учиться жить в соответствии с их новыми установками и философией. Иногда, например, задается домашнее задание, чтобы они могли получить новый опыт и разорвать негативную цепь поведения. Клиентам могут посоветовать вознаграждать себя с помощью какого-либо внешнего положительного стимула, например вкусной еды, после того как они в течение 15 минут будут критиковать свои установки. Еще один способ самоподкрепления — частные высказывания о самом себе, например: «Ты занимаешься по-настоящему хорошей работой». Если принять на веру подобное утверждение, то, в конце концов, это приведет к положительному результату, независимо от того, правдиво ли оно на самом деле. Существует много доказательств того, что в целом люди сохраняют свою самооценку частично за счет того, что обманывают сами себя и утверждают, что дела у них обстоят лучше, чем это есть на самом деле (Bandura, 1986; Taylor & Brown, 1988). Таким образом, умеренный уровень «иррациональности» *per se* не является фактором риска возникновения психического заболевания.

Несмотря на разительное отличие методик, философию, лежащую в основе РЭТ, можно считать сходной с той, на которой возведено здание гуманистической терапии (которую мы обсудим несколько позже), поскольку обе они исходят из четкого понимания значения личности и гуманистических ценностей. Рационально-эмотивная терапия преследует цель повышения чувства собственного достоинства индивида и открытия ему пути к самоактуализации, отодвигая ложные верования, препятствующие его личностному росту.

Терапия «прививкой стресса»

Вторым когнитивно-поведенческим подходом к лечению является терапия «прививкой стресса» (ПС) — способ самообучения, сфокусированный на изменении тех высказываний о самом себе, которые люди делают в условиях стрессовых ситуаций. Данный подход стремится реструктурировать такие высказывания с целью улучшения функционирования индивида в условиях стресса (Meichenbaum, 1985, 1993). Подобно остальным методам когнитивно-бихевиоральной терапии, ПС исходит из предположения о том, что проблемы человека проистекают из неадаптивных верований, которые ведут к негативному эмоциональному состоянию и неадаптивному поведению; здесь звучат уже знакомые мотивы, положенные в основу когнитивной теории. ПС обычно включает в себя три этапа. Во время первой фазы, когнитивной подготовки, клиент вместе с терапевтом исследует свои веро-

вания и установки относительно проблемных ситуаций и те самоутверждения, которые проистекают из них. Основной упор делается на то, каким образом самоутверждения человека могут повлиять на его последующее поведение и поступки. Терапевт и клиент вместе разрабатывают новые утверждения клиента о самом себе, которые носят более адаптивный характер. На второй фазе прививки стресса — фазе приобретения навыков и репетиций — заучиваются более адаптивные самоутверждения, и клиент практикуется в них. Например, он пытается справиться с чувством, что «обстоятельства побеждают его», репетируя следующие утверждения.

- Когда тебе страшно, просто передохни.
- Концентрируйся на настоящем: что ты должен сейчас сделать?
- Оцени свой страх по шкале от 0 до 10 и посмотри, как он в дальнейшем изменится.
- Ты должен ожидать, что твой страх будет расти.
- Не пытайся полностью избавиться от страха; просто держи его под контролем.
- Ты можешь убедить себя сделать это. Твой разум способен отогнать страх.
- Это скоро кончится.
- Это не худшее, что могло произойти.
- Просто подумай о чем-нибудь еще.
- Делай что-нибудь, что помешает тебе думать о страхе.
- Опиши, что находится вокруг тебя. Это способ не думать о том, что тебя беспокоит (Meichenbaum, 1974, p. 16)

Третья фаза ПС, применение и практика, включает в себя использование новых стратегий для того, чтобы справляться с реальными ситуациями. Данная практика построена таким образом, что клиент сначала пробует более простые ситуации, а затем постепенно переходит к тем из них, которые вызывают все больший стресс, до тех пор пока не почувствует, что в состоянии совладать с ними.

Как видно из самого названия, ПС с самого начала была задумана как средство помощи людям в преодолении ситуаций, вызывающих значительный стресс или тревогу, таких, например, как публичное выступление. В последнее время спектр использования этого метода существенно расширился. Например, было проведено исследование (с применением контроля) (Ross & Berger, 1996), которое показало, что данная форма терапии приводит к успешным результатам при оказании помощи мужчинам-спортсменам, перенесшим хирургическую операцию на коленном суставе (у них уменьшались боль и беспокойство, укорачивалось время выздоровления).

Методы когнитивной терапии Бека

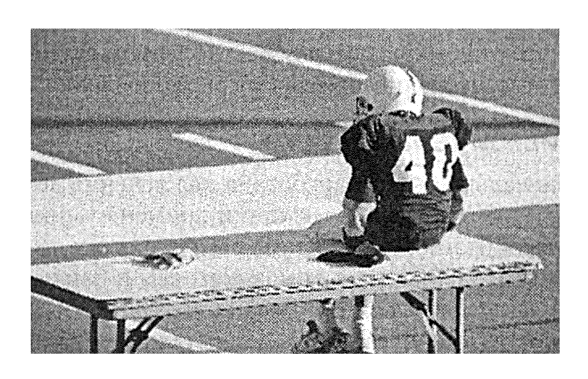
Когнитивная терапия Аарона Бека изначально была разработана для лечения депрессий (Beck et al., 1979; Hollon & Beck, 1978). Позднее ее стали применять при тревожных расстройствах, расстройствах питания и ожирении, расстройствах поведения у детей, расстройствах личности и злоупотреблении алкоголем и наркотическими веществами (Beck, 1985; Beck & Emery, 1985; Beck et al., 1990; 1993; Hollon & Beck, 1994). Недавно Дил с коллегами (Deale et al., 1997) использовали

данный метод для лечения синдрома хронической усталости (см. главы 7 и 8). Одним из базовых предположений, лежащих в основе этого подхода, является то, что такие проблемы, как депрессия, проистекают из нелогичных мыслей клиентов о самих себе, о том мире, в котором они живут, и в целом о будущем.

На первой стадии клиентам рассказывают о связи между их паттернами мышления и эмоциональными реакциями. Сначала их учат идентифицировать собственные автоматические мысли, такие как «Это событие — полнейший крах», и вести записи о содержании своих мыслей и эмоциональных реакциях (Clark, 1997). Далее, с помощью терапевта они узнают о логических ошибках своего мышления, и их учат сомневаться в истинности таких автоматических мыслей. Логические ошибки мышления ведут: 1) к избирательному восприятию мира как к враждебному источнику негативных событий и полному игнорированию доказательств обратного; 2) к сверхгенерализации на основе ограниченного количества примеров; так, индивид может счесть себя абсолютно никчемным, потому что потерял работу; 3) к преувеличению значимости нежелательных событий, например клиенты видят в потере работы конец мира; 4) к абсолютистскому мышлению, например индивиды преувеличивают важность незначительного критического замечания, брошенного в их адрес, и считают его доказательством того, что они навсегда стали никчемными людьми.

Согласно когнитивной терапии Бека, клиенты не меняют свои верования при помощи методов споров и убеждения, как это принято в рационально-эмотивной терапии; скорее, как мы видим, их поощряют собирать информацию о самих себе. Терапевт и клиент вместе идентифицируют верования и ожидания последнего и формулируют их в виде гипотез, нуждающихся в проверке, как было описано ранее. В дальнейшем они намечают способы, с помощью которых клиент может проверить их в реальном мире. Подобные эксперименты по развенчиванию гипотез планируются таким образом, чтобы индивид мог приобрести положительный опыт и прервать деструктивную цепь, описанную выше. Гипотезы располагают в порядке возрастания трудности, так чтобы успешно выполнить самые легкие (или наименее рискованные) задания и лишь потом приступить к более трудным (см. справку 17.3).

При лечении депрессии клиент с помощью терапевта иногда составляет почасовое расписание своей ежедневной деятельности. Это важная часть терапии индивидов, страдающих депрессией, поскольку снижение бездеятельности таких клиентов препятствует их тенденции постоянно размышлять о себе. Необходимо включение в такое расписание приятных событий, потому что многие депрессивные



Негативное эмоциональное воздействие таких ситуаций, как отторжение и изоляция, могут привести к «превращению их в катастрофу», что, в свою очередь, способствует увеличению проблемности поведения индивида. Когнитивная терапия направлена на то, чтобы события не воспринимались индивидом столь катастрофически.

клиенты утрачивают способность получать удовольствие от своей деятельности. Как включенные в расписание приятные занятия, так и вознаграждающий опыт, полученный в ходе поведенческих экспериментов, повышают удовлетворенность клиента и его настроение, например благодаря возобновлению сексуальных отношений с партнером, которого ранее он избегал вследствие ошибочного, но непроверенного ожидания отвержения.

Дополнительно к составлению поведенческих заданий, оценке их результатов в ходе последующих сеансов и планированию дальнейших опровергающих ложные убеждения экспериментов в процессе такой терапии в случае депрессии делается акцент на нескольких когнитивных аспектах. Например, клиента побуждают обнаружить более глубокие дисфункциональные предположения, или схемы, порождающие депрессию, которые могут вести к пораженческим тенденциям. Они, как правило, обнаруживаются в процессе терапии, по мере того как клиент и терапевт исследуют темы автоматических мыслей клиента. Поскольку полагают, что данные дисфункциональные схемы делают человека уязвимым перед депрессией, эта фаза лечения считается исключительно важной для того, чтобы гарантировать резистентность к рецидиву, когда клиент столкнется со стрессовыми жизненными ситуациями в будущем. То есть, не меняя уязвимые глубинные когнитивные факторы, клиент может продемонстрировать кратковременное улучшение, но останется подверженным повторениям депрессии.

Ко всем заболеваниям, отличным от депрессии, применяется общий подход, однако при лечении клиентов, страдающих паническим расстройством, генерализованным тревожным расстройством, булимией или злоупотребляющих алкоголем и наркотическими веществами, несомненно, делаются различные акценты. Например, как мы увидели в главе 5, при паническом расстройстве основное внимание придается идентификации у клиента автоматических мыслей о пугающих телесных ощущениях и тому, чтобы научить его исправлять подобные логические ошибки, главным образом, с целью превращения чувства паники в катастрофу (Clark, 1986; Clark et al., 1994). При генерализованном тревожном расстройстве клиента учат корректировать склонность к переоценке наличия и степени опасности и недооценке собственных возможностей, чтобы справляться с различными ситуациями (Beck & Emery, 1985; Wells & Butler, 1977). С целью лечения булимии когнитивными методами индивиду предлагается переоценить неадекватные представления о своем весе и форме тела, которые часто поддерживаются за счет низкой самооценки и страха оказаться непривлекательным. Считается, что эти убеждения ведут к чрезмерному увлечению диетами, что, в свою очередь, увеличивает вероятность потери контроля индивидом над поглощением пищи и рвотой. Когнитивная часть лечения заключается в том, чтобы убедить таких клиентов в необходимости идентифицировать и изменить неадаптивные убеждения в отношении своего веса, внешнего имиджа и того, какая пища является «безопасной», а какая «опасной» (Agras, 1993; Fairburn et al., 1993; Wilson, Fairburn & Agras, 1997).

Оценка когнитивно-бихевиоральных методов терапии

Несмотря на большой интерес, который вызывает рационально-эмотивная терапия Эллиса, и ее популярность, удивительно мало работ посвящено документальному подтверждению ее действенности, особенно для популяции клиентов с четко по-

ставленным клиническим диагнозом (Hollon & Beck, 1994). Была показана ее полезность для снижения страха индивида перед различными испытаниями и устными выступлениями, однако она уступает методам терапии, основанным на экспозиции, при лечении более серьезных расстройств, например агорафобии и социальной фобии (Haaga & Davison, 1989, 1992), а также, возможно, обсессивно-компульсивного расстройства (Franklin & Foa, 1998). До настоящего времени не проводилось ее сравнения с когнитивной или интерперсональной терапией при лечении депрессии (что обсуждалось в главе 6). В этой связи неизвестно, обладает ли она такой же эффективностью, как вышеназванные проверенные методы. Возможно, она окажет большее содействие в целом здоровым людям в борьбе с повседневным стрессом и предупредит развитие полноценного тревожного или депрессивного расстройства (Haaga & Davison, 1989, 1992).

Терапию «прививкой стресса» успешно использовали для решения различных клинических проблем, включая гнев (Novaco, 1977, 1979), боль (Turk, Meichen-

СПРАВКА 17.3

Применение когнитивно-бихеворальной терапии в случае депрессии

Раш, Хатами и Бек (Rush, Khatami & Beck, 1975) описали несколько случаев успешного лечения посредством когнитивного воздействия и поведенческих заданий клиентов, страдающих рекуррентной хронической депрессией. Приведенный ниже пример хорошо иллюструет данный подход.

53-летний белый мужчина-инженер перенес первый эпизод депрессии 15 лет назад в связи с отсутствием работы в течение нескольких месяцев. После медикаментозного лечения и проведенной психотерапии у него в последующие четыре года не выявлялось никаких симптомов. В дальнейшем он вновь стал испытывать печаль, пессимизм, часто употреблял алкогольные напитки, потерял аппетит и вес.

Через два года мужчина был помещен в больницу, где прошел курс лечения литием и имипрамином. Впоследствии он трижды оказывался в больнице, где успешно лечился при помощи трициклических антидепрессанатов. Во время последнего пребывания в больнице, за две недели до начала когнитивно-бихевиоральной терапии, он получил 10 сеансов электрошоковой терапии. Все перечисленные методы лечения приводили лишь к частичному снятию симптомов заболевания.

Когда клиент начал курс когнитивно-бихевиоральной терапии, он демонстрировал признаки умеренной психомоторной заторможенности. Больной был тревожным, печальным, пессимистичным и легко мог заплакать. Он ни во что себя не ставил, занимался самоупреками, совершенно не испытывал интереса к жизни. Он жаловался на потерю аппетита, ранние утренние пробуждения, утрату интереса к сексу, испытывал беспокойство по поводу своего физического здоровья. Сначала ему назначили еженедельные сеансы в течение 3 месяцев, а затем сессии проводили каждые две недели в течение 2 месяцев. Лечение, закончившееся через 5 месяцев, состояло из 20 сессий. В дальнейшем он прошел обследование через 12 месяцев после окончания терапии.

Предварительно, до начала лечения, жена клиента сообщила о его прошлом опыте. Теперь, получая курс терапии, он понял, что: 1) недооценивал свое прошлое, забыв о многих дости-

baum & Genest, 1983; Masters et al., 1987), поведение типа А (Jenni & Wollersheim, 1979), легкие формы тревожности (Meichenbaum, 1975) и, как уже отмечалось, последствия хирургической операции на коленном суставе (Ross & Berger, 1996) (см. также: Denicola & Sandler, 1980; Holcomb, 1979; Klepac et al., 1981). Данный подход частично направлен на то, чтобы расширить адаптивные возможности индивидов, которые оказываются уязвимыми перед лицом трудностей в определенных стрессовых ситуациях. Кроме того, что «прививка стрессом» обладает терапевтической ценностью для идентификации проблем, она может быть применима в качестве полезного метода профилактики расстройств поведения. Профилактическая ценность ПС не была продемонстрирована с помощью строгого эмпирического исследования. Однако многие специалисты полагают, что распространенность неадаптивного поведения можно значительно уменьшить в случае, если у значительного числа индивидов будут совершенствоваться общие навыки совладания со стрессовыми ситуациями (Meichenbaum & Jaremko, 1983).

жениях; 2) считал себя ответственным за собственные неудачи в гораздо большей степени, чем его жена; 3) пришел к выводу о том, что он никчемен, после того как не смог добиться некоторых целей, поставленных в прошлом. Когда сравнили два рассказа (его и жены), он смог увидеть многие из своих когнитивных искажений. На последующих сеансах его жена продолжала выступать в качестве объективного наблюдателя. В середине терапии клиент составил список новых установок, которые он приобрел с начала терапии. Сюда вошли следующие пункты:

1. Я начинаю работать с более низкого уровня, но ситуация улучшится, если я проявлю настойчивость.
2. Я знаю, что, как только проснусь утром, все будет хорошо в течение всего дня.
3. Я не могу добиться всего сразу.
4. У меня бывают периоды подъема и спада, но в течение длительного времени я чувствую себя лучше.
5. Следует довести до реального уровня мои ожидания относительно работы и жизни.
6. В том, чтобы сдаться и избегать чего-то, нет никакой пользы, это приводит лишь к дальнейшему избеганию.

Ему посоветовали читать этот список каждый день в течение нескольких недель, даже в случае, если покажется, что он знает его наизусть. Список продолжили, и дополнения, появившиеся в нем, сравнивали с предположениями, перечисленными выше.

По мере того как депрессия клиента ослабевала, он впервые за 2 года вернулся к работе. Он увлекся новыми занятиями (отдыхом в кемпинге, поездками за город), по мере того как стал лучше понимать себя (с. 400–401).

Акцент в рационально-эмотивной терапии делается на том, чтобы побудить клиента реструктурировать содержание своего мышления, уменьшить негативные суждения о самом себе и более реалистично оценить собственные успехи. Составление и пересмотр списка новых установок дает клиенту более широкий взгляд на его жизненную ситуацию, что приводит к улучшению настроения, уменьшению негативных реакций в свой адрес и повышению у него готовности рискнуть и поменять поведение.

Обзор работ, посвященных оценке когнитивного метода Бека, позволяет сделать вывод о его чрезвычайной эффективности при лечении большого количества различных заболеваний (Hollon & Beck, 1994). Данные, приведенные в главах 6 и 16, показывают, что при депрессии, за исключением самых тяжелых случаев (например, психотической депрессии), такой способ терапии по меньшей мере равен по эффективности медикаментозному лечению. Более того, он обладает преимуществом в отношении долгосрочного эффекта: несколько исследований продемонстрировали, что вероятность рецидива в течение 1–2 лет после выздоровления гораздо ниже, если пациента лечили с помощью когнитивной терапии, независимо от применения антидепрессантов (Craighead, Craighead & Ilardi, 1998). Кроме того, недавно было показано (Antonuccio, Thomas & Danton, 1997), что такая терапия выгоднее с экономической точки зрения по сравнению с лечением флуоксетином (прозаком), даже в случае тяжелых расстройств.

Действенность когнитивно-бихевиоральной терапии была впервые документально продемонстрирована для клинической депрессии, однако многие эмпирические исследования, проведенные на протяжении последних десяти лет, были посвящены сравнению ее методов с другими подходами при лечении различных клинических заболеваний. Самые поразительные результаты применения когнитивно-бихевиоральной терапии дало лечение панического и генерализованного тревожного расстройств (глава 5). В то же время сейчас когнитивно-бихевиоральную терапию рассматривают как перспективный способ лечения булимии (см. главу 8; Garner & Garfinkel, 1997) и расстройств поведения у детей (см. главу 14; Hollon & Beck, 1994). Многообещающие результаты дало ее использование при злоупотреблении алкоголем и наркотическими веществами (глава 10; Beck et al., 1993), а также определенных расстройствах личности (глава 9; Beck et al., 1990; Linehan, 1993).

Сочетание когнитивного и поведенческого терапевтических подходов в настоящее время получило широкое применение. Тем не менее существуют определенные разногласия по поводу того, является ли эффект когнитивной терапии действительным результатом когнитивных изменений, как утверждают сторонники данной теории (Hollon & Beck, 1994; Hollon, DeRubeis & Evans, 1987). Однако по крайней мере в случае депрессии и панического расстройства именно когнитивные изменения являются предпосылкой долгосрочного эффекта, что в достаточной степени согласуется с положениями когнитивной теории (Hollon, Evans & DeRubeis, 1990). Можно предположить, что на протяжении последующих нескольких лет важным вопросам о том, как работает когнитивно-бихевиоральная терапия, уделят гораздо больше внимания. Эти вопросы обладают несомненной важностью в свете поразительного и в настоящее время уже задокументированного успеха этого метода терапии.

Гуманистические методы терапии

Гуманистические эмпирические методы терапии стали важным вкладом в лечение многих заболеваний после Второй мировой войны. В огромной степени их разработка была вызвана противостоянием исследователей психодинамическим взглядам, которые, по мнению многих из них, не давали точного понимания экзистенциальных проблем или всей полноты возможностей личности человека. В обществе, в котором господствовали эгоизм, механизация, компьютеризация, обман и

недалекие чиновники, сторонники гуманистических эмпирических методов терапии были уверены в том, что психопатология во многих случаях является следствием проблем, связанных с отчуждением, деперсонализацией, одиночеством и отсутствием смысла жизни, невозможностью найти свое подлинное призвание. Они были убеждены, что такие проблемы не решаются копанием в забытых воспоминаниях либо коррекцией специфических форм неадаптивного поведения.

Гуманистическая терапия стала продолжением общих гуманистических и экзистенциальных взглядов, описанных в главе 3. Она основана на предположении о том, что мы одновременно обладаем свободой и ответственностью за свое поведение, что отражается на наших проблемах, выборе и позитивных действиях. Некоторые терапевты, принадлежащие к поведенческой школе, были склонны рассматривать себя как своего рода «инженеров поведения», ответственных за изменение тех поведенческих проявлений, которые они считали проблематичными, посредством соответствующих модификаций окружения клиента. В отличие от этого сторонники гуманистической терапии предполагали, что клиент должен взять на себя большую часть ответственности за ход и успех терапии, а терапевт лишь советник, руководитель и помощник. Такая терапия может быть индивидуальной или групповой (см. справку 17.4). Различные способы гуманистической терапии имеют некоторые отличия, однако основной упор всегда делается на расширении «осознанности» клиента.

Клиент-центрированная психотерапия

Клиент-центрированная психотерапия (центрированная на личности) Карла Роджерса (1902–1987) основывается на природной способности организма к самоисцелению (Rogers, 1951, 1961, 1966). Карл Роджерс отвергал взгляды З. Фрейда о первичности иррационального инстинкта, о том, что терапевт играет роль исследователя, интерпретатора и директора в терапевтическом процессе. Исследователь рассматривал психотерапию как процесс устранения ограничений, препятствующих деятельности. Роджерс считал, что такие ограничения вырастают из нереалистических требований, которые люди склонны предъявлять к самим себе. В этом случае человек верит, что условием его совершенства является то, что он не должен испытывать определенные чувства, например враждебность. Отрицая тот факт, что на самом деле он обладает этими чувствами, человек не имеет никакого представления о том, что творится в нем самом. Как только он утрачивает контакт со своими подлинными переживаниями, у него уменьшается интеграция с окружающим миром, ухудшаются личные отношения и появляются различные формы дезадаптации.

Основной целью терапии Роджерса и является устранение подобной неконгруэнтности, чтобы клиенты могли принять себя, почувствовать себя самими собой. Для этого терапевт создает такой психологический климат, чтобы клиенты чувствовали, что их, безусловно, принимают, понимают и ценят. В таких случаях терапевт прибегает к *недирективным* методам, например сочувственному отражению и повторению описаний клиентом его жизненных проблем. При успешном контакте клиент, возможно, впервые чувствует себя достаточно свободно для того, чтобы исследовать свои реальные чувства и мысли, а также принять ненависть, гнев и негативные чувства как часть самого себя. По мере того как Я-концепция клиента становится все более конгруэнтной реальным переживаниям, он все сильнее скло-

нен принять себя, стать более открытым по отношению к новому опыту и перспективам; короче говоря, он становится более интегрированным человеком.

В отличие от большинства других форм терапии, клиент-центрированная терапия не дает ответов и не интерпретирует то, что говорит клиент, не исследует бессознательные конфликты и не рассматривает определенные темы. Вместо этого терапевт внимательно и сочувственно слушает все, о чем хочет рассказать клиент, прерывая его только для того, чтобы другими словами повторить сказанное им. Подобные повторы, без каких-либо суждений или интерпретаций терапевта, помогают клиенту еще больше прояснить свои чувства и идеи, реально посмотреть на них и признать это. Предлагаемый отрывок из второй беседы терапевта с молодой женщиной поможет проиллюстрировать метод отражения и выяснения, используемый в рамках клиент-центрированной терапии.

Разбор случая: пример клиент-центрированной терапии.

Алиса: Я думала обо всех этих стандартах. Я думаю, я приобрела умение, м-м-м, привычку пытаться заставить людей чувствовать себя легко со мной или делать так, чтобы все шло гладко...

Консультант: Другими словами, вы всегда старались заставить события идти гладко, хотели, чтобы люди чувствовали себя лучше и желали сгладить любую ситуацию.

Алиса: Да, я думаю, что все было именно так. Ну а возможная причина, почему я так поступала, мне кажется, отнюдь не в том, что я была доброй маленькой самарянкой, делающей добро всем окружающим; возможно, именно эту роль мне было легче всего играть. Я столько всего делала по дому. У меня просто не было своих собственных убеждений.

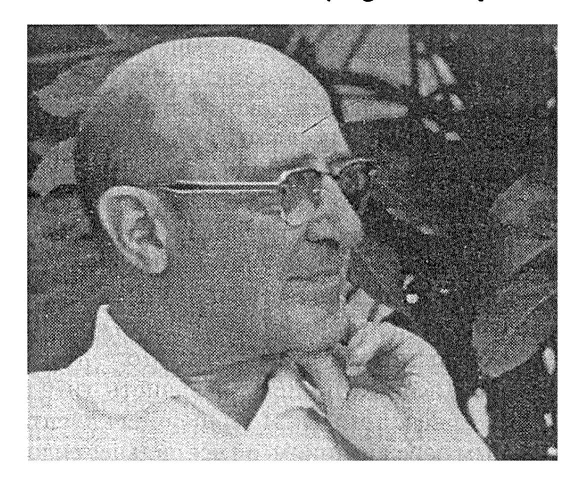
Консультант: Долгое время вы чувствовали, что сглаживаете все трения и трудности.

Алиса: М-да.

Консультант: Вместо того чтобы иметь свое собственное мнение по поводу ситуации или как-то отреагировать на нее. Да?

Алиса: Да. Или я не была достаточно честной сама с собой, или действительно не знала, что я есть на самом деле, и просто играла какую-то фальшивую роль. Какую бы роль ни приходилось играть, я пыталась делать это (Rogers, 1951, p. 152–153).

В обзоре основных тенденций в психотерапии и консультировании, который сейчас уже несколько устарел, Карла Роджерса назвали одним из самых влиятельных психо-



Карл Роджерс (1902–1987) внес важный вклад в развитие гуманистического подхода благодаря формулировке Я-концепции, которая подчеркивает значение индивидуальности и стремление к тому, что исследователь называл «самоактуализацией».

терапевтов среди клинических практиков (Smith, 1982). Помимо влияния, оказанного на клиническую работу, Карл Рождерс был первым, кто пытался заниматься эмпирическими исследованиями в области психотерапии. Позднее, систематически записывая терапевтические сессии, ученый смог дать объективный анализ беседы, отношений между клиентом и терапевтом, а также процессов, происходящих во время сессий. Роджерс сравнивал поведение клиента и его установки на разных стадиях терапии. Такой сравнительный анализ позволил исследователю выявить типичную последовательность: на первых сессиях у клиента преобладали негатив-

СПРАВКА 17.4

Групповая терапия

Толчком к лечению клиентов в группах послужили исследования в армии во время Второй мировой войны, когда психотерапевтов катастрофически не хватало. Было обнаружено, что групповая терапия эффективна для решения различных проблем; вскоре она стала важным терапевтическим методом и в мирной жизни. Фактически все основные методы психотерапии, которые мы рассмотрели – психоанализ, поведенческая терапия, – применялись как для группового, так и индивидуального лечения.

Традиционно групповая терапия проводится с небольшим числом клиентов в клинике или больнице и использует широкий спектр процедур в зависимости от возраста, потребностей и возможностей участников группы, а также ориентации терапевта. Степень структурирования и участия клиента в групповом процессе варьирует в группах разного типа. Чаще всего группы являются неформальными. Как правило, работа проводится в формате группы встреч. Однако в некоторых случаях клиентам читают более или менее формальные лекции или предъявляют видеоматериалы. Например, группе алкоголиков могут показать фильм, демонстрирующий разрушительное действие пьянства на человеческий организм, с последующим групповым обсуждением просмотра. Несмотря на то что данный подход сам по себе не доказал эффективности в борьбе с алкоголизмом, он часто служит полезным дополнением к остальным формам групповой терапии.

Интересная форма групповой терапии – психодрама, основанная на методе ролевых игр. Клиента, с помощью персонала или других клиентов, побуждают разыграть проблемную ситуацию аналогично театрализованному представлению. Данная техника позволяет человеку выразить свое беспокойство или враждебность, ослабить травматические переживания в ситуации, напоминающей реальную жизнь, но более безопасной. Ее целью является помощь клиенту в достижении эмоционального катарсиса, расширении понимания и повышении уровня взаимодействия в процессе межличностных отношений. Эта форма терапии, разработанная Морено (Moreno, 1959), доказала свою эффективность в отношении различных групп клиентов, как сидящих в зрительном зале, так и играющих на сцене (Sundberg & Tyler, 1962; Yablonsky, 1975).

Групповая терапия может быть почти полностью неструктурированной, как в группах активности, где детям с эмоциональными проблемами позволяется выплескивать свою агрессию в безопасных условиях под контролем группы.

В обзоре работ, посвященных современным групповым методам, Беднар и Каул (Bednar & Kaul, 1994) пришли к заключению о том, что в этой области необходимо провести более тщательные исследования процессов, играющих центральную роль в групповой терапии. В результате мы могли бы более точно определить тот уникальный вклад, который групповая терапия как самостоятельный метод вносит в процесс психологического лечения.

ные чувства и обескураженность. В дальнейшем, с течением времени, у него появлялись первые ростки надежды и большее принятие себя. В конце концов, клиент начинал испытывать позитивные чувства по отношению к окружающим, уверенность в себе и интерес к будущему. Эта типичная последовательность подтвердила гипотезу Роджерса, согласно которой человек, вступивший на этот путь, приобретал способность достижения психического здоровья.

Клиент-центрированная терапия в своем первоначальном виде сегодня редко применяется в Соединенных Штатах и Канаде; в Европе она остается более популярным методом терапии (Greenberg, Elliot & Lietaer, 1994). В период своего расцвета в Америке (начиная с 1940-х и до 1970-х годов) она открыла путь многочисленным методам гуманистической терапии, делающим упор на текущих сознательных проблемах клиента и исходящим из того, что именно он является основным действующим лицом в процессе лечения, тогда как терапевт выполняет вспомогательные функции. Таким образом, более современные методы гуманистической терапии признают концепцию Роджерса об активной личности, способной к выбору ценностей. Ими также делается акцент на значении сочувствия, теплоты и, безусловно, позитивного отношения терапевта. От оригинальной версии клиент-центрированной терапии их отличает присутствие различных модификаций, с помощью которых терапевт, помимо использования отражения и уточнения, может помочь клиенту сосредоточиться на поиске целостности и ускорить его. Так, терапевт, например, может непосредственно возразить на ложное представление клиента о самом себе. Тем не менее центральное место в данной форме терапевтического воздействия принадлежит поискам и озарениям самого клиента.

Экзистенциальная терапия

В основе экзистенциальной психотерапии лежат несколько важных концепций. Экзистенциалистская точка зрения, как и клиент-центрированной терапии, исходит из того понимания ситуации, *как она воспринимается человеком*. Таким образом, акцент делается на феноменологическом опыте самого человека, а не на представлениях об объективной реальности. В этом отношении экзистенциальная терапия является предшественником так называемого постмодернистского мышления. Экзистенциалисты озабочены трудностями, которые переживает человечество, распадом традиционной веры, отчуждением и деперсонализацией людей в современном обществе, а также отсутствием смысла в жизни человека. Однако они полагают, что человек обладает свободой и, таким образом, способен преодолеть трудности. В то же время он несет ответственность за то, чтобы сделать все зависящее от него. Уникальная способность человека осознавать свою смертность, размышлять и задавать вопросы о своем существовании делает его ответственным за *бытие*, за принятие решения о том, каким стать в рамках ограничений, накладываемых одной-единственной жизнью, за выработку своих собственных ценностей и актуализацию своего потенциала.

Приверженцы экзистенциальной терапии не следуют каким-либо твердо установленным процедурам, но делают упор на индивидуальности каждого человека и его «способе жить в мире». Они подчеркивают важность осознания собственного бытия, что непосредственно сталкивает человека с вопросами о смысле и целях его жизни, а также значение терапевтических встреч, сложных взаимоотношений, ко-

торые устанавливаются между двумя людьми в процессе терапии, по мере того как те пытаются быть открытыми и «аутентичными». В отличие от психоанализа и когнитивной терапии экзистенциальная терапия побуждает самого терапевта также делиться своими чувствами, ценностями и собственными переживаниями.

Помимо необходимости быть аутентичными, перед специалистами в области экзистенциальной терапии стоит задача сохранения аутентичности реакций клиента в разнообразных отношениях с окружающими (Havens, 1974; May, 1969). Например, если клиент говорит: «Я ненавижу вас точно так же, как своего отца», терапевт может сказать в ответ: «Я не ваш отец, я — это я, и вам придется обращаться со мной как с доктором С., а не как со своим отцом». Акцент в этом случае делается на «здесь и сейчас», на том, что человек предпочитает делать в настоящий момент, и, следовательно, на том, чем он предпочитает быть. Чувство непосредственности, безотлагательности опыта является краеугольным камнем экзистенциальной терапии и создает сцену, на которой индивид может выяснять и выбирать различные альтернативные способы бытия.

Гештальт-терапия

В переводе с немецкого языка слово *gestalt* означает «целое», и гештальт-терапия делает основной упор на единстве разума и тела, подчеркивая необходимость интеграции мысли, чувства и действия. Гештальт-терапию создал Фредерик (Фриц) Перлз (Frederick (Fritz) Perls) (1967, 1969) как способ научения клиентов распознанию телесных процессов и эмоций, заблокированных от осознания. Как и в случае клиент-центрированной терапии и экзистенциального подхода, основная цель гештальт-терапии состоит в том, чтобы расширить самосознание клиента и степень его принятия самого себя.

Гештальт-терапия обычно применяется при работе с группами. Однако в каждый определенный момент времени акцент делается на одном человеке, с которым терапевт интенсивно работает, пытаясь помочь ему идентифицировать его личностные аспекты или его мира, которые тем не осознаются. Человека могут попросить разыграть свои фантазии относительно собственных чувств и конфликтов; представить одного из участников конфликта, сидя на одном из стульев, а затем пересесть на другой и изобразить оппонента. Нередко терапевт или остальные члены группы задают различные вопросы, например: «Что сейчас происходит в твоем теле?» или «Что ты чувствуешь в области кишечника, когда думаешь об этом?»

Согласно подходу к терапии Ф. Перлза, особое внимание придается сновидениям, однако здесь делается совершенно иной акцент, чем в классическом психоанализе. В теории гештальт-терапии каждый элемент сновидения, включая на первый взгляд неважные, безличные предметы, рассматривается как репрезентации непризнанных аспектов личности индивида, видящего сон. Терапевт вынуждает клиента на время отложить нормальное критическое суждение и «быть» объектом сновидения, рассказывая о своих переживаниях. Например, Перлз попросил женщину средних лет, которая увидела во сне озеро, «стать» этим озером, получив следующий результат:

Разбор случая: фрагмент сеанса гештальт-терапии. «Я — озеро... Я пересыхаю, исчезаю, ухожу в землю... [с оттенком изумления] умираю... Но когда я просачиваюсь в землю, я становлюсь частью земли, поэтому, может быть, я увлажняю окружающие

участки,... даже в озере, даже в моей кровати могут расти цветы [вздыхает]... Может вырасти новая жизнь... из меня [плачет]... {Печально, но убежденно] Я могу рисовать, я могу творить. Я могу творить красоту. Я больше не могу иметь детей... но я... я... у меня все еще есть желание питать... Я стала, как вода... Я увлажняю землю и даю жизнь тому, что растет, даю воду, они нуждаются и в воде, и в земле, и... и в воздухе, и в солнце, но, будучи водой из озера, я могу сыграть свою роль в чем-то и родить что-то, и питать» (Perls, 1969, p. 81–82).

На сеансах гештальт-терапии упор делается на более очевидных элементах поведения человека. Эти сессии часто называются «обучением осознанию гештальта», так как терапевтические результаты опыта проистекают из процесса осознания общности личности и окружающей среды. Техника работы с помощью нерешенных конфликтов получила название «забота о незаконченном деле». Согласно теории гештальта, люди идут по жизни, неся бремя незаконченных и нерешенных травм и конфликтов. Мы тащим дополнительный багаж этих незаконченных ситуаций в наши новые взаимоотношения и склонны снова и снова проигрывать их с другими людьми. Если бы мы смогли завершить наши прошлые дела, то были бы в состоянии решать проблемы с меньшим психологическим напряжением и более реалистично смотреть на себя и окружающий мир.

Выражая себя перед лицом группы и принимая участие в различных сценах, отказываясь от обычных способов избежать осознания своих переживаний и мыслей, участники сеансов гештальт-терапии приходят к «бесстрастности», с позиции которой они могут посмотреть на свои чувства и конфликты. По мнению Ф. Перлза, «в безопасном окружении терапевтической ситуации невротик вдруг обнаруживает, что мир не рассыплется на куски, если он будет сердитым, сексуальным, радостным или хмурым» (1967, p. 331). Таким образом, клиенты убеждаются, что они могут выйти за пределы своей «бесстрастности».

Оценка гуманистических эмпирических методов терапии

Гуманистические эмпирические методы критиковали за то, что они не предлагали систематизированных моделей человеческого поведения, специфические аберрации, отсутствие согласованности терапевтических процедур и ясности по поводу того, что происходит между терапевтом и клиентом. Однако многие сторонники этого метода считали, что именно перечисленные особенности обеспечивают его силу и жизнеспособность. Систематизированные теории нередко приводят людей к абстрактным понятиям, что может уменьшить восприятие их ценности и привести к отрицанию уникальности таких представлений. Поскольку люди сильно отличаются друг от друга, мы вправе ожидать, что для различных пациентов подойдут разные методы терапии. Существует достаточно мало современных исследований, посвященных результатам гуманистической и экзистенциальной терапии. В силу этого представленные здесь результаты обсуждаемых методов с применением контроля в целом уступают эффекту поведенческой и когнитивно-бихевиоральной терапии (Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994). Более ранние исследования в области клиент-центрированной терапии проводили в основном на клиентах, имевших проблемы средней тяжести. В результате были получены достаточно оптимистичные результаты (см., например: Rogers & Dymond, 1954). Однако последующие попытки использования данных методов при лечении клиентов, стра-

давших шизофренией, вызвали сильное разочарование (Rogers et al., 1967). Первые исследования с использованием техник гештальт-терапии показали, что она обеспечивает надежные, хотя и не столь эффективные результаты (Smith et al., 1980).

С другой стороны, многие из гуманистических эмпирических концепций — уникальность каждого индивида, важность искренности терапевта, удовлетворение, возникающее с развитием и использованием собственного потенциала, значение поиска смысла жизни и самореализации, а также способность человека делать выбор и направлять самого себя — оказали огромное воздействие на современные взгляды как о природе человека, так и об эффективности психотерапии.

Терапия межличностных отношений

Многие проблемы, с которыми обращаются к практикующим специалистам, связаны с отношениями. То есть клиент жалуется не на неудовлетворенность собой или чьим-либо поведением, а на неспособность добиться согласия со значимыми окружающими людьми. Обычный пример — страдания супружеских пар. Неадаптивное поведение в таких случаях разделяют все участники взаимоотношений, то есть оно носит, согласно современной терминологии, «системный» характер (Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986). **Системный семейный подход** основан на предположении о том, что поведение в рамках семьи отдельного члена в значительной степени подвержено влиянию действий и коммуникативных паттернов остальных ее членов; другими словами, оно является продуктом «системы», его можно понять и изменить. Проблемы, вытекающие из этой *системы*, требуют применения терапевтических методов, сконцентрированных не столько на людях, сколько на их взаимоотношениях.

Как мы узнали из главы 11, многие проблемы, заявляемые как индивидуальная сексуальная дисфункция, на самом деле носят системный характер. В этом разделе мы исследуем область семейной терапии как пример вмешательства, направленного на многих клиентов. В целом данные методы терапии, рассматриваемые в контексте предоставления помощи клиентам с целью последующего изменения их поведения, основное внимание уделяют реакциям межличностной среды на действия каждого участника терапевтического процесса. Важно отметить, что семейная терапия может проводиться с учетом всех точек зрения, обсуждаемых в этом разделе и главе 3 (см., например, обзор: Alexander, Holtzworth-Munroe & Jameson, 1994). Таким образом, поведенческая терапия брака, часто применяющая метод заключения контракта, представляет собой один из многих вариантов в рамках данной темы.

Консультирование по вопросам брака

Многие пары обращаются за помощью в связи с проблемами семейных взаимоотношений, которые, несомненно, являются частью конфликтов, возникающих из-за смены их ожиданий по поводу гендерных ролей; в этой связи консультирование по вопросам брака стало развивающейся областью терапии. Обычно пару рассматривают как единое целое и в ходе терапии основное внимание уделяется оценке и совершенствованию их взаимодействия и взаимоотношений. В начале терапии достаточно часто возникает ситуация, когда каждый партнер втайне надеется на то,

что только одному из них, другому индивиду, необходимо измениться (Cordova & Jacobson, 1993). Однако, как правило, в подавляющем количестве случаев важно, чтобы оба партнера начали по-другому реагировать друг на друга. По этой причине терапевту гораздо эффективнее уделять внимание обоим партнерам, чем работать только с одним из них (Gurman & Kniskern, 1978).

Консультирование по вопросам брака включает в себя широкий спектр различных концепций и методов. Большинство терапевтов делают упор на необходимости взаимного удовлетворения, социальной роли ожиданий, коммуникативных паттернах и сходных межличностных факторах. Неудивительно, что счастливые в браке пары отличаются от несчастливых тем, что остаются хорошими друзьями, чаще разговаривают друг с другом, оставляют открытыми каналы коммуникации, активнее используют невербальную коммуникацию и демонстрируют большую восприимчивость к чувствам и потребностям друг друга. Например, сравнение счастливых и несчастливых пар выявило следующее (Margolin & Wampold, 1981): первые гораздо чаще демонстрировали поведение, направленное на решение проблемы, чем вторые; к такому результату приходят многие авторы. Чрезвычайно распространен следующий сценарий: «Он никогда не разговаривает со мной, он ушел в себя», на что следует ответ: «Она только хнычет и жалуется, какой толк разговаривать с ней?»; чтобы справиться с такой ситуацией, необходимы серьезные навыки решения проблемы, не говоря уже о том, что их использование требует определенной степени зрелости и терпения.

Неверные ролевые ожидания часто оказывают разрушительное действие на адаптацию к браку. Так, Пол (Paul, 1971) описывает случай, когда супружеская пара обратилась по поводу брачной терапии после того, как 39-летний муж был готов развестись со своей женой, чтобы жениться на более молодой женщине. В процессе терапии он зарыдал, когда вспомнил о смерти своей тетушки Анны, которая всегда принимала его таким, какой он есть, и создавала атмосферу мира и довольства. Исследуя это происшествие, муж понял, что наличие у него любовницы отражает его поиски другой тетушки Анны. Это привело к его примирению с женой, которая стала с бо́льшим сочувствием относиться к нуждам, чувствам и ролевым ожиданиям своего мужа и соответственно изменила свое поведение с ним. Несомненно, не всем партнерам удается приспособиться друг к другу в такой степени.

Брачную терапию серьезно затрудняет глубокая эмоциональная включенность партнеров, которая мешает им воспринимать и принимать реальность их взаимоотношений. Нередко жены легко замечают, какими именно недостатками обладает муж, но не видят, как их собственные установки и поведение порождают отношения безразличия в семье. В то же время мужья легко постигают суть ошибок своих жен, но не своих собственных ошибочных действий. С целью решения данной проблемы все чаще используют видеозаписи, которые позволяют проследить ключевые моменты взаимодействия партнеров. После окончания острого периода взаимного неприятия и постепенного снижения напряжения партнеры могут глубже понять природу своих интеракций, многократно просматривая записанные на видеокамеру диалоги. Так, муж может впервые увидеть, что он пытается доминировать над своей женой, а не слушать и учитывать ее потребности и ожидания; или жена может осознать, что она постоянно принижает чувство собственного досто-

инства и самооценку мужа. Приведенное далее признание сделано молодой женщиной, после того как она просмотрела запись первого сеанса терапии.

Разбор случая: первый сеанс парной терапии. «Посмотрите! Да здесь все ясно! Обычно ты не позволяешь выразить мне мои чувства или мнения, сразу прерываешь меня. Ты всегда сообщаешь мне, что я думаю, даже не спросив меня, что я хочу на самом деле. И я вижу, как реагирую на это, — замыкаюсь в молчании. Я чувствую, что нет смысла разговаривать».

Совместно осознав, какой доминантный паттерн характеризует их взаимодействие, пара в течение нескольких месяцев смогла создать более удовлетворительные брачные отношения.

Другой относительно новый подход терапии брака включает в себя обучение партнеров применению недирективных техник Роджерса, умению слушать и помогать друг другу, прояснить и вербализовать свои чувства и реакции. Взаимная готовность по-настоящему слушать и пытаться понять, что переживает близкий тебе человек, принятие всего, что происходит с ним, может оказать терапевтическое воздействие на обоих партнеров, закладывая основы более открытых и честных отношений в будущем.

С целью восстановления желательных отношений партнеров некоторые терапевты применяют поведенческую терапию. Партнеров, например, можно научить подкреплять проявления желательного поведения и использовать отрицательное подкрепление в случае нежелательного. Исследование, в ходе которого сравнивали терапию супружеских пар с помощью поведенческого метода, а также психодинамического, ориентированного на инсайт, показало, что они обладают примерно одинаковой эффективностью, при этом полученные результаты были существенно лучше, чем в контрольной группе (Snyder & Wills, 1989).

Насколько эффективной оказывается терапия супружеских пар для решения кризисов их взаимоотношений и создания более успешного партнерства? В ходе одного исследования в течение 5 лет после окончания терапии прослеживали судьбу 320 бывших клиентов и сравнили показатель разводов среди них со средним по стране (Cookerly, 1980). В случае, когда оба партнера вместе проходили терапию, в течение пятилетнего периода сохранилось 56,4% таких пар. Среди тех, кто прибегал к помощи индивидуальной терапии, в браке осталось 29%. Все формы терапии связаны с достоверно более высоким показателем сохранения браков по сравнению с нормой для населения. Этот положительный результат совсем недавно был подтвержден выводом из обзора большого количества литературных источников (Christensen & Heavey, 1999). Наконец, терапия пар успешно применяется в качестве дополнительного метода при лечении таких индивидуальных проблем, как депрессии, фобии, злоупотребление алкоголем и сексуальные расстройства (Alexander et al., 1994; Jacobson, Holtzworth-Munroe & Schmaling, 1989; Roth & Fonagy, 1996; Shadish et al., 1993). В частности, было установлено, что поведенческая терапия брака служит важным дополнением к лечению тяжелых депрессий клиентов, страдающих от брачных раздоров. Количество таких клиентов достаточно велико (Craighead, Craighead & Ilardi, 1998). Однако, несмотря на оптимистичную в целом картину, недавно опубликованный обзор, посвященный терапии брака (Goffman, 1998), продемонстрировал некоторое отставание исследований в этой области, особенно по сравнению с теоретическими достижениями.

Несомненно, при оценке исхода терапии интерпретацию затрудняет фактор мотивации. Люди, сильно мотивированные на сохранение отношений, склонны более серьезно относиться к терапии, по сравнению с теми, кто обладает меньшей мотивацией. Такая мотивация сама по себе, безотносительно к терапии, ведет к долгосрочности партнерских отношений и терпимости к недостаткам партнера. С другой стороны, как мы видели, сильная мотивация — это ключевой элемент на пути к успеху любой психологической терапии; поэтому исследования результатов супружеской терапии обладают определенной валидностью даже при отсутствии полной ясности роли мотивации.

Семейная терапия

Семейная терапия, несомненно, в некоторой степени имеет сходство с терапией пар и брака, однако имеет и ряд отличий. Терапия брака возникла как результат обращения огромного количества клиентов за помощью в решении проблем с партнерами. В то же время семейная терапия началась с того, что у многих клиентов, продемонстрировавших серьезное улучшение в ходе индивидуальной терапии (которая нередко проводилась в закрытом лечебном учреждении), развивался рецидив заболевания после возвращения домой. Вскоре стало ясно, что у таких людей семейная среда, как правило, была нарушена, и ее следовало модифицировать с целью сохранения улучшения их состояния.

Исходя из *взгляда на семью как систему*, проблемы или расстройства у «идентифицированного клиента» зачастую служат всего лишь симптомом более серьезных семейных проблем. Тщательное изучение родственников, живущих с ребенком, который страдает нарушениями, может выявить, например, что он всего лишь отражает патологию данной семьи. В результате большинство семейных терапевтов придерживается той точки зрения, что именно семья, а не отдельный клиент, должна быть охвачена терапией с целью достижения долгосрочного улучшения. Этот вывод подтверждают и попытки изучения развития рецидивов после излечения тяжелых расстройств, чему посвящены работы о выраженной эмоции (ВЭ) при расстройствах поведения и шизофрении (см. главы 6 и 12).

Среди методов семейной терапии особое место занимает **совместная семейная терапия**, разработанная Вирджинией Сатир (Satir, 1967). К сожалению, эффективность такой терапии, несмотря на ее широкую популярность, не подтверждена данными исследований. В. Сатир делает акцент на улучшении нарушенной коммуникации, интеракций и взаимоотношений, на создании такой семейной системы, которая больше отвечает требованиям всех членов семьи. Другой плодотворный подход к решению семейных проблем известен под названием **структурная семейная терапия** (Minuchin, 1974). Данный подход, основанный на теории систем, утверждает, что если изменить семейный контекст, то изменится и опыт членов семьи. В результате они будут вести себя иначе, в соответствии с изменившимися требованиями нового семейного контекста. Итак, важная задача структурной семейной терапии — изменение организации семьи таким образом, чтобы ее члены сильнее поддерживали друг друга и не проявляли патогенного поведения по отношению к родным.

Структурная семейная терапия делает упор на интеракциях в настоящий момент и требует от терапевта активного, но не директивного участия. Прежде всего терапевт собирает информацию о семье: составляет структурную карту типичных

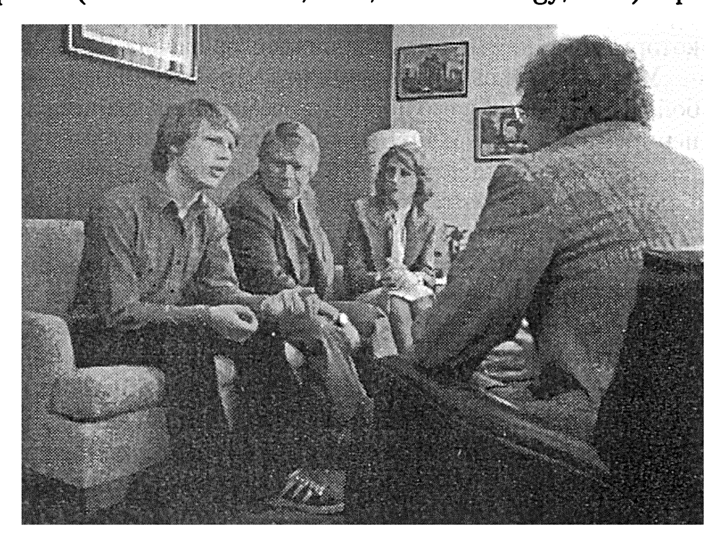
семейных интерактивных паттернов, выступая в качестве члена семьи и участвуя во всех семейных интеракциях изнутри. Таким образом, он определяет, обладает данная семейная система ригидными или подвижными границами, кто доминирует в структуре власти, кого обвиняют в деструктивном поведении.

Вооруженный подобными знаниями, терапевт выступает в качестве агента, изменяющего взаимодействие между членами семьи, которое нередко характеризуется запутанностью (активным вовлечением), чрезмерной опекой и ригидностью, отсутствием навыков решения конфликтов. Нередко обнаруживается, что «идентифицируемый клиент» играет важную роль в семейном способе избегания конфликтов. Например, так описывается успешный случай излечения от анорексии 14-летней девочки при помощи структурной семейной терапии (Aponte & Hoffman, 1973):

Разбор случая: применение семейной терапии при лечении анорексии у дочери. Анализируя коммуникации в семье, терапевты обнаружили конкурентную борьбу за внимание отца и отметили, что дочь Лора была в состоянии (в неявной форме) победить в этом соревновании и привлечь его пристальное внимание при помощи отказа от еды. С целью демонстрации выявленной ими скрытой динамики терапевты пытались побудить членов семьи выражать свои желания более непосредственно — словами, а не тайными поведенческими посланиями, например голоданием. Со временем Лора научилась высказывать словами свою потребность в любви и отказалась от неприемлемого и опасного метода отказа от пищи.

В главе 8 обсуждалось, что структурная семейная терапия приносит успех при лечении анорексии (Dare & Eisler, 1997). Ее также успешно применяют и в случае булимии (Schwartz, Barrett & Saba, 1983), психосоматических расстройств у детей (Minuchin et al., 1975), а также наркотической зависимости (Stanton & Todd, 1976).

Как и в случае партнерских проблем, неадаптивные семейные взаимоотношения, связанные с наличием разнообразных клинических осложнений у идентифицируемого клиента, можно успешно разрешить с помощью бихевиорально ориентированных методов терапии (Nathan & Gorman, 1998; Roth & Fonagy, 1996). При использовании такой терапии основная задача терапевта состоит в снижении негативного воздействия семьи на идентифициру-



В случае, когда анормальные поведенческие паттерны индивидов поддерживаются семейной динамикой, может потребоваться лечение всей семьи.

емого клиента, равно как и его влияния на остальных ее членов. «Терапевт делает это, активно манипулируя взаимоотношениями (с помощью инструкций, ролевых игр) между членами семьи таким образом, чтобы эти взаимоотношения стали обоюдными, превратились в положительный стимул» (Huff, 1969, p. 26).

В одном из первых обзоров, посвященных методам семейной терапии (Gurman & Kniskern, 1978), был сделан вывод о том, что структурная семейная терапия более эффективна по сравнению с другими представленными авторами подходами эмпирической и психодинамической направленности. Восемь лет спустя (Gurman et al., 1986) авторы несколько изменили свою точку зрения и стали склоняться к преимуществу поведенческой терапии — еще одно подтверждение ее огромного успеха, который сейчас разделяет с ней когнитивно-бихевиоральная терапия. В последнем обзоре, содержащем количественный анализ результатов исследования (Shadish et al., 1993), подтверждается успех использования поведенческого подхода в терапевтической работе с семьями.

Эклектизм и интеграция методов психотерапии

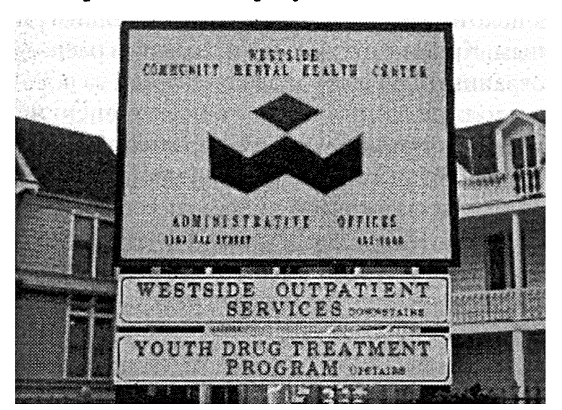
Различные школы психотерапии, описанные в этой книге, ранее, в прошлые годы, гораздо сильнее конкурировали друг с другом, чем в наши дни. Так, первые бихевиористы были непреклонны в своей критике психоанализа как неэффективного и мистического направления. Психоаналитики, в свою очередь, приводили контраргументы, обвиняя поведенческую терапию в поверхностности и в том, что она лечит только симптомы, тогда как психоанализ дает более глубокое и окончательное излечение. Как бихевиористы, так и аналитики выступали против гуманистически-экзистенциального подхода, критикуя его за ошибочную персонализацию терапевтического процесса, за неуместную «трогательность». Кроме того, первые бихевиористы подозрительно, а иногда и неприкрыто враждебно относились к общей «когнитивной революции» в психологии, когда она начала вторгаться в те сферы, которые они считали своей вотчиной. Сегодня когнитивно-бихевиоральная терапия получила широкое применение — этот метод представляет собой сплав, который был немыслим для психологов начала 1960-х годов.

Упомянутые выше эволюционные изменения на самом деле представляют собой часть более общего процесса размывания границ и отражают готовность терапевтов пробовать различные способы решения клинических проблем; такой процесс иногда называют мультимодальной терапией (Lazarus, 1981; 1985; 1997b). Если сегодня психотерапевтам задать вопрос о том, какой они придерживаются ориентации, то большая часть из них даст ответ: «Эклектической». Обычно это подразумевает, что они пытаются заимствовать и комбинировать концепции и техники из различных школ в зависимости от того, какая терапия кажется им наиболее соответствующей каждому конкретному клиенту. Иногда подобная «всеядность» приводит к попытке сочетания индивидуальной и семейной системной терапии (Feldman, 1992; Wachtel, 1994), а также биологических и психосоциальных подходов (Feldman & Feldman, 1997; Klerman et al., 1994; Pinsof, 1995; глава 16). В последние годы интеграция методов психотерапии стала темой многочисленных книг и статей (Gold & Striker, 1993; Goldfried, Greenberg & Marmar, 1990; Norcross & Goldfried, 1992; Wachtel, 1997). Вероятно, сейчас наступила эпоха объединения.

В связи с тем что ни один метод терапии не доказал своей эффективности при решении всех клинических проблем, многие специалисты пытаются использовать лучшее из всех подходов, часто прибегая к их комбинациям. Объединение ряда аспектов различных форм терапии при работе с клиентами достигается разными путями. Так, можно пытаться идентифицировать общие положения во всех способах терапии (или большинстве из них), например сочувственное прослушивание и безоценочное принятие, и работать с ними, выясняя, каким образом эти предположительно мощные факторы оказывают терапевтическое воздействие. Однако такая идея принесла весьма незначительный результат, и задачи сторонников интеграции, по-видимому, еще далеки от решения.

Другая стратегия интеграции заключается в том, чтобы позаимствовать различные терапевтические техники и сочетать их максимально эффективным способом. Например, последователи психодинамики могут использовать технику гештальта с двумя стульями для того, чтобы помочь клиенту исследовать взаимодействие двух сторон предположительно бессознательного глубинного психического конфликта. По-видимому, большинство терапевтов независимо от школы, к которой они принадлежат, используют подкрепление (прибегая к относительной активности и вниманию, а не молчанию и безучастности) для того, чтобы вольно или невольно направить клиента в особо важные области. Из этого ясно, что объединение методов терапии может иметь разные задачи. С одной стороны, оно оправдывает заимствование тактик и стратегий из стандартных направлений терапии и представляет собой то, что называется *техническим эклектизмом*. С другой стороны, у него есть более далекая и честолюбивая цель — объединение теоретических основ различных направлений терапии. Как правило, каждое из них обладает своей собственной, уникальной теоретической базой, и в настоящее время не совсем ясно, как их можно объединить. Пол Уочл (Watchel, 1977, 1987, 1993, 1997) — один из теоретиков объединения языков нескольких направлений: психодинамического, поведенческого, когнитивного, интерперсонального и семейно-системного. Легко ориентируясь среди этих различных традиций, он предлагает интересные и достаточно глубокие подходы. Однако способность к такой гибкости слишком редка в сфере психологии.

Между тем не все специалисты в области психического здоровья соглашаются с ценностью попыток теоретической интеграции, даже при условии достижения некоторого успеха; многие из них вообще отрицают возможность какого-либо успеха. Несмотря на отдельные неудачи и отсутствие



В XX веке методы терапии, основанные на психологии, стали обычным явлением.

общей, всеобъемлющей теории терапии, основные психотерапевтические школы обеспечивают своих последователей связной, внутренне согласованной схемой с целью концептуализации того, что является проблемой, формулировки мер, которые необходимо предпринять, чтобы избавиться от нее.

Существует и «третье решение» — терапевт может сохранить верность тому теоретическому направлению, которое кажется ему истинным, однако при этом чутко реагировать на специфические техники, разработанные в рамках других школ, и, если это позволяет ситуация, экспериментировать с ними в случае, когда они выглядят перспективными для решения терапевтических задач (например, раскрытия бессознательного, коррекции когнитивных нарушений, снятия ограничений на осознание).

С нашей точки зрения, в случае если великой, всеобъемлющей теории психотерапии суждено возникнуть на основании усилий по интеграции различных психотерапевтических направлений или каких-либо иных источников, это будет сопровождаться принципиально новым проникновением в природу психических расстройств. В настоящее время мы все еще до смешного мало знаем о «внутренних механизмах» как самой болезни, так и ее лечения, вследствие чего радикально различающиеся концепции сосуществуют рядом.

Как измерить успех психотерапии?

Оценить успех психологического лечения весьма затруднительно в силу нескольких причин. Прежде всего, подобная оценка не точна в связи с несовершенством измерений и результата. Любые попытки оценить успех, достигнутый клиентом в ходе терапии, в той или иной степени зависят от следующих источников информации: 1) впечатления терапевта о происшедших изменениях; 2) отчета клиента об изменениях; 3) отчетов членов семьи клиента или его друзей; 4) сравнения итогов тестирования клиента до и после лечения с помощью личностных или иных тестов, предназначенных для измерения психологического функционирования, и 5) измерения изменений в избранных проявлениях поведения.

К сожалению, применение каждого из вышеперечисленных источников имеет свои собственные ограничения. Терапевт может оказаться не лучшим судьей в оценке прогресса, достигнутого клиентом, поскольку любой терапевт склонен к некоторым искажениям, позволяющим ему считать себя компетентным и успешным. Кроме того, во время сеансов в распоряжении терапевта обычно оказывается ограниченная выборка наблюдений за поведением клиента, на основании которой он должен судить о его общих изменениях. Иногда терапевт может переоценить улучшение для того, чтобы преднамеренно или хитростью побудить трудного клиента завершить лечение. Нередко исследование результатов лечения затрудняется тем, что не совсем ясно, как поступать с клиентами, многократно бросавшими терапию. Например, считать такие случаи успешными или неудачными, поскольку фактически эти клиенты ничего не получили в результате терапии? С определенной точки зрения их вообще следует исключить из рассмотрения, однако такое решение влечет за собой дополнительные проблемы, например нерепрезентативность выборки клиентов, не бросивших лечение. Подобные затруднения мешают сделать выводы об эффективности *данного* типа терапии для *определенного* типа клиентов.

В равной степени и клиенты не всегда надежный источник информации о результате терапии. Пациент может в силу самых разных причин думать, что чувствует себя лучше; кроме того, клиенты могут сообщить о том, что получали помощь просто из желания доставить приятное терапевту. В связи с тем что терапия зачастую связана с затратами денег, времени и иногда эмоциональными переживаниями, предположение о том, что все это было напрасно, как правило, редко поддерживается. Семья и родственники также склонны видеть улучшение, на которое они так надеялись, хотя в основном исход лечения оценивается ими более реалистично, чем терапевтом или клиентом.

Для того чтобы оценить прогресс, достигнутый клиентом, иногда в процессе определения исхода психотерапии прибегают к клиническим рейтингам, которые проводят независимые сторонние наблюдатели. Такие рейтинги носят более объективный характер, чем оценки, сделанные людьми, непосредственно участвовавшими в терапии. Другим широко используемым методом объективного измерения изменений, происшедших с клиентом, является прохождение им различных психологических тестов. Клиенту, которого необходимо оценить таким способом, предлагают батарею тестов до и после терапии; предполагается, что разница в количестве баллов отражает прогресс, его отсутствие или даже ухудшение заболевания. Применение тестов действительно позволяет выявить происходящие изменения, однако их результаты могут оказаться артефактом, что имеет место при регрессии к средним значениям показателей (Speer, 1992). В этом случае очень высокие (или низкие) значения баллов при повторных измерениях приближаются к среднему, создавая, таким образом, ложное впечатление достоверных реальных изменений. Кроме того, выбор тех или иных тестов определяется, как правило, терапевтом или исследователем. К сожалению, специалисты не всегда могут четко предсказать изменения, вызванные терапией, или то, как клиент поведет себя в реальной жизни. Более того, без последующей оценки в течение длительного времени использование тестов дает нам мало информации о том, как долго сохранятся изменения.

Объективируемые и измеряемые изменения

В прошлом для оценки результата лечения использовали такие общие термины, как *выздоровление, выраженное улучшение* или *умеренное улучшение*, оставлявшие значительный простор для интерпретации. Сегодня появилась тенденция к применению количественных, точных способов измерения достигнутых изменений. Например, Опросник депрессии Бека (*Beck depression inventory*) (самоотчет для измерения интенсивности депрессии) и Рейтинг-шкала депрессии Гамильтона (набор рейтинг-шкал, используемый клиницистами для измерения того же явления) дают суммарный показатель баллов и служат почти стандартным инструментом для оценки депрессии до и после терапии. По всей видимости, самым надежным способом измерения результата могут послужить изменения в заранее и специально выбранном поведении, за которым ведется постоянный контроль, например подсчет того, сколько раз клиент, страдающий навязчивым страхом заражения, вымоет руки. Подобные методы, включающие в себя в том числе и самомониторинг клиента, получили широкое применение, главным образом среди терапевтов, являющихся последователями поведенческой и когнитивно-бихевиоральной школ. В то же время всегда существует вероятность того, что улучшение будет приписано

определенной форме терапии, применяемой в процессе лечения; однако в действительности оно будет следствием плацебо-эффекта, каких-то иных событий в жизни клиента или даже спонтанных изменений. Здесь мы видим связь с проблемой контроля в экспериментах, о которой подробнее будет написано в разделе «Нерешенные вопросы» в конце этой главы.

Возможно ли достижение каких-либо изменений?

В этой связи вполне закономерно задать вопрос: что же происходит с теми людьми, которые не получают официального лечения? Существует множество способов, при помощи которых люди могут помочь друг другу, поэтому не вызывает удивления тот факт, что зачастую значительное улучшение состояния человека происходит без какого-либо профессионального терапевтического вмешательства. Кроме того, необходимо отметить, что лечение, предлагаемое профессиональными терапевтами, в целом не превосходит по своим результатам терапию, проводимую непрофессионалами (Christensen & Jacobson, 1994). Кроме того, некоторые формы психопатологии, такие как маниакальные и депрессивные эпизоды, иногда проходят очень быстро, независимо от того, применялось лечение или нет; существует множество примеров тому, как у людей, страдающих расстройствами, спустя некоторое время наступает улучшение в силу непонятных причин.

Даже при условии того, что у значительного количества людей с эмоциональными нарушениями улучшение развивается без медицинского вмешательства, ясно, что нередко психотерапия может ускорить его или гарантировать желательные изменения поведения, которые в противоположном случае могли бы не произойти (Lambert & Bergin, 1994; Telch, 1981). Большинство исследователей в настоящее время согласны с тем, что психотерапия более эффективна, чем ее отсутствие; соответствующие доказательства, приведенные в этой книге, убедительно подтверждают данный тезис. В общем средний клиент имеет достаточно высокие шансы извлечения существенной пользы из психологической помощи (Lambert & Bergin, 1994).

Более того, по всей видимости, улучшение состояния клиента зависит от количества проведенных терапевтических сеансов; причем наиболее значимые достижения фиксируются в начале (в течение первых шести месяцев) терапевтического воздействия (Howard et al., 1986). Широкомасштабное исследование, проведенное Союзом потребителей (*Consumers Union*), показало, согласно отзывам самих клиентов, что именно долгосрочная терапия ассоциируется у них с более высокими показателями улучшения (Seligman, 1995, 1998).

Может ли психотерапия причинить вред?

Исход психотерапии не колеблется от нейтрального (отсутствия какого-либо эффекта) до положительного; он включает в себя и возможность существенного ухудшения состояния клиентов. Некоторым из них встреча с психотерапевтом наносит урон здоровью, приносит *вред* (Lambert & Bergin, 1994; Mays & Franks, 1985; Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977). Крайним случаем такого негативного воздействия является самоубийство клиента. Однако мы не настаиваем на том, что ухудшения состояния клиента можно всегда избежать при условии более квалифицированной психотерапевтической помощи. Как бы то ни было, примерно в 10% случаев (Lambert & Bergin, 1994) психотерапевтическое воздействие приводит к такому результату.

Очевидный разрыв терапевтического союза, — то, что Биндер и Страпп (Binder & Strupp, 1997) называют «негативным процессом», в ходе которого клиент и терапевт оказываются втянутыми во взаимные антагонистические и развивающиеся по нисходящей спирали отношения, — является причиной только части терапевтических неудач. В каждом конкретном случае к разрушительному исходу ведет запутанная сеть интерактивных факторов, взаимодействующих друг с другом, например личностная несовместимость терапевта и клиента. У авторов данной книги сложилось впечатление, подкрепляемое рядом факторов, приведенных в литературных источниках (Lambert, 1989; Lambert & Bergin, 1994), что некоторые терапевты, возможно, в силу своих личностных особенностей, не справляются с определенными проблемами клиентов. В свете существования таких непонятных факторов мы считаем, что все терапевты обязаны уточнить, не обладают ли они подобным недостатком, и при необходимости направить к другим психотерапевтам тех своих пациентов, с которыми не могут успешно работать.

Особый случай ущерба, наносимого терапией, — наличие сексуальных отношений между клиентом (или бывшим клиентом) и терапевтом, возникающих обычно по инициативе последнего, что считается неэтичным поведением. Учитывая интенсивность и близость терапевтических отношений, неудивительно, что в некоторых случаях между их участниками возникает сексуальное притяжение. Сравнительно часто эти отношения приводят к эксплуатации и непрофессиональному поведению; практически все ведущие психотерапевты согласны с тем, что такие связи почти всегда деструктивно влияют на функционирование клиента в течение длительного времени (Pope, Sonne & Holroyd, 1993).

Допуская вероятность случайной лжи или легкомыслия клиентов по данному поводу, которые, по оценкам, составляют 4% (Pope & Vetter, 1991), следует отметить, что количество истинных происшествий такого рода указывает на недопустимый уровень нарушений поведения и, возможно, травмирования пациентов, среди людей, именующих себя психотерапевтами (в большинстве юрисдикций не существует строгого определения понятия психотерапевт). Клиент, нуждающийся в психотерапии, перед началом лечения должен убедиться в том, что выбранный им терапевт принадлежит к подавляющему большинству специалистов, придерживающихся высоких этических и профессиональных стандартов.

Психотерапия и общество

Психосоциальное вмешательство, модифицирующее поведение индивидов, затрагивает социальные проблемы разной степени важности, наиболее значимые из них: 1) ценности общества и 2) нарастающий процесс совместного сосуществования различных культур. Далее мы обратимся к каждому из этих аспектов.

Социальные ценности и психотерапия

В настоящее время широко распространено мнение среди специалистов в области психического здоровья и представителей других профессий, что психотерапию следует рассматривать как попытку убедить людей приспосабливаться к «больному» обществу, а не направлять свои усилия на его улучшение. Вследствие этого психотерапию часто считают хранителем *status quo*. Возможно, было бы легче рассмотреть

этот вопрос, изучив другие культуры. Например, было сделано много заявлений по поводу того, что психиатрию использовали как средство политического контроля в бывшем Советском Союзе; злоупотребления в этой области были в итоге официально признаны (Schizophrenia bulletin, 1990, vol. 16, no.4). Вызывает оптимизм тот факт, что подобная практика была единодушно осуждена международной общиной работников здравоохранения. В настоящее время лишь незначительное количество людей заявляют о том, что психиатрия на Западе используется для контроля тех, кто критикует существующий строй, однако тем не менее не исключена вероятность того, что терапевты играют роль «стражей» социальных ценностей. Подобное предположение возвращает нас к вопросу, поставленному в главе 1: что мы понимаем под аномалией? Ответить на этот вопрос мы можем только исходя из наших ценностей.

В более широкой перспективе существует сложная и противоречивая проблема роли ценностей в науке. Психотерапия не является или, по крайней мере, не должна быть этической системой; она представляет собой набор инструментов, который психотерапевт использует во благо клиенту. Таким образом, специалисты в области психического здоровья сталкиваются с такими же проблемами, что и остальные ученые. Должен ли физик, принимавший участие в создании термоядерного оружия, нести моральную ответственность за его использование? Аналогичным образом должен ли психолог или специалист по поведению, разработавший мощные техники влияния на поведение и контроля над ним, отвечать за то, как применяются эти методики?

Многие психологи и другие ученые пытаются не касаться этой проблемы, настаивая на том, что наука свободна от ценностей, она отвечает только за сбор фактов, а не за то, как их используют в дальнейшем. Тем не менее каждый раз, когда терапевт принимает решение об устранении каких-либо поведенческих проявлений или замене их другими, он выносит суждение о ценностях. Например, должен ли терапевт считать, что депрессия молодой матери-домохозяйки, подвергающейся жестокому обращению со стороны пьяного мужа, представляет собой внутреннее расстройство, требующее лечения, поскольку такие случаи весьма распространены? Или на терапевте лежит ответственность за то, чтобы посмотреть глубже, а не только анализировать индивидуальную патологию, и начать борьбу с аномалиями брачных отношений? Терапия происходит в контексте, который затрагивает ценности терапевта, клиента и общества, в котором они живут. Терапевт испытывает сильное давление со стороны родителей, школы, суда и других социальных институтов, требующих от него помощи в приспособлении клиента к миру такому, каков он есть на самом деле. В то же время существует и противоположное давление, особенно со стороны молодых людей, которые ищут поддержки в своих попытках (иногда чрезмерных) стать аутентичными людьми, а не слепыми конформистами.

Дилемму, которая стоит перед современными терапевтами, можно проиллюстрировать следующим случаем.

Разбор случая: кто нуждается в терапии? Родители направили 15-летнюю школьницу к терапевту, когда узнали, что она имеет сексуальные отношения со своим приятелем. Девушка рассказала терапевту, что она получает удовольствие от этих отношений и не чувствует вины или сожалений по поводу своего поведения, хотя ее родители и не одобряют ее поступка. Кроме того, она заявила, что имеет представление о том, что может забеременеть и предпринимает необходимые меры контрацепции.

Какова роль терапевта в данном случае? Следует ли убедить девушку согласиться с моральными нормами ее родителей и отложить сексуальную активность до того времени, когда она станет старше или более зрелой? Или следует помочь родителям адаптироваться к выбранному дочерью паттерну сексуального поведения? Какую цель в этом случае должен преследовать терапевт? Ранее мы уже отмечали, что некоторых индивидов направляют к терапевту в связи с их поведением, не являющимся деструктивным и не характеризующимся выраженными нарушениями. Просто в таких случаях остальные члены семьи считают, что терапевт должен «приструнить» этих людей.

Не вызывает никаких сомнений тот факт, что в психотерапии существуют диаметрально противоположные способы решения проблемы. Очень часто именно терапевту приходится решать, какой путь следует выбрать, что лучше для индивида и всего общества в целом, и это, естественно, затрагивает вопрос ценностей.

Психотерапия и культурное разнообразие

Как было отмечено ранее, установление и сохранение эффективного психотерапевтического «рабочего союза» между клиентом и терапевтом считается решающим и обязательным элементом, определяющим относительный успех исхода лечения. Что это означает для клиента, обстоятельства которого в значительной степени отличаются от ситуации, в которой находится терапевт?

Существует достаточно обширная, но в чем-то разрозненная литература по данному вопросу, представленная в недавно опубликованном обзоре (Sue, Zane & Young, 1994). В связи с запутанностью рассматриваемых проблем достаточно сложно сделать какие-либо обобщающие выводы, поскольку по всем измерениям наблюдается значительный разброс показателей даже *внутри* отдельных этнических групп Соединенных Штатов. Так, в районе Лос-Анджелеса для жителей мексиканско-американского происхождения значимость этнической близости клиента и терапевта зависит от того, является ли английский язык родным для клиента; если нет, то такие клиенты достигают лучшего результата в тех случаях, когда терапевт также имеет мексиканско-американские корни (Sue et al., 1991).

В общем, однако, не существует неопровержимых доказательств того, что исход психотерапии ухудшается, если клиент и терапевт принадлежат к разным расам или этническим группам (Beutler et al., 1994; Sue, Zane & Young, 1994). Тем не менее было установлено (Atkinson, 1983; Atkinson et al., 1986), что клиент афроамериканского происхождения испытывает большее доверие и удовлетворение при работе с чернокожими, а не с белыми терапевтами; имеются факты, говорящие о том, что такие клиенты охотнее идут на контакт, если терапевт также афроамериканец (Jackson & Kirschner, 1973). Аналогично американцы мексиканского происхождения оказывают большее предпочтение терапевтам такой же этнической принадлежности и утверждают, что эти терапевты «внушают больше доверия», чем специалисты англосакского происхождения (Lopez, Lopez & Fong, 1991; Ponce & Atkinson, 1989). Относительно мало известно о подобных предпочтениях среди представителей остальных групп национальных меньшинств.

В связи с долгой историей рабства, явного и скрытого расизма, угнетения и дискриминации в Соединенных Штатах психотерапия афроамериканских клиентов белыми специалистами может порождать особые проблемы, связанные с проявле-

нием таких чувств, как гнев. Считается, что гнев — распространенное, ежедневное переживание у многих афроамериканцев, однако общество в целом проявляет очень низкую толерантность к его выражению. Невыраженный гнев ведет к отчаянию и последствиям, затрагивающим психическое здоровье. Белому терапевту, обладающему весьма малым личным опытом в отношении гнева и разделяющему общекультурные запреты, связанные с его проявлением, придется приложить большие усилия, чтобы выявить подобные признаки у своего афроамериканского клиента и научить того эффективно справляться с этим чувством. Таким образом, терапевт не сможет проникнуть в то, что составляет основную проблему жизни его клиента (более подробно эта проблема обсуждается в работе: Hardy & Laszloffy, 1995).

Одним из способов решения общей проблемы этнической несовместимости между клиентом и терапевтом было бы увеличение доли представителей этнических меньшинств среди специалистов по психическому здоровью. В то время как в течение более 25 лет специалисты в этой области достаточно негативно относились к тому, чтобы их ряды пополняли квалифицированные специалисты, принадлежащие к этническим меньшинствам, полученный результат намного уступает затраченным усилиям главным образом потому, что принадлежность к этническому меньшинству нередко ассоциируется с более низкими экономическими и образовательными возможностями, а также недоверием к возможностям человека преодолеть трудности и препятствия.

Нерешенные проблемы:

Действенность или эффективность?

Когда фармацевтическая компания создает новое лекарство, она должна получить одобрение на его производство от Федерального управления по пищевым и лекарственным продуктам (*FDA — Food and drug administration*) до того как оно попадет на рынок. Помимо различной информации о данном лекарственном средстве, получение такого разрешения требует экспериментальной демонстрации того, что оно действенное, то есть делает то, что предполагается необходимым для излечения или облегчения определенных состояний «мишеней». Подобные тесты, субъектами которых становятся добровольно согласившиеся и информированные об эксперименте пациенты, называются *рандомизированными клиническими пробами (РКП)* или *пробами действенности*. Такие пробы могут быть весьма хитроумными, однако основным их условием является то, что случайно выбранная (с помощью подкидывания монетки) половина пациентов получает активный препарат, а другая половина — плацебо, которое выглядит точно так же, но физиологически инертно. Обычно ни пациент, ни назначающий препарат специалист не знают, что именно будет сейчас предлагаться для приема; зашифрованной информацией об этом располагает третья сторона; этот метод называется двойным слепым; с помощью данного метода пытаются гарантировать, что ни пациент, ни врач, прописавший препарат, не повлияют на ход исследования. Спустя заранее определенное время шифр раскрывают и определяют, что именно принимали субъекты: активный препарат или плацебо. Если у субъектов, получавших препарат, произошло более значимое улучшение здоровья по сравнению с теми, кто принимал плацебо, это считается доказательством его действенности. Несомненно, данный метод мож-

но использовать для сравнения действенности двух или более препаратов в сочетании с приемом плацебо. Ежедневно в стране проводятся тысячи подобных исследований, особенно в академических медицинских заведениях, получающих финансовую поддержку фармацевтических предприятий.

Так называемые исследователи результатов психосоциальной терапии часто пытались применить этот метод в своей деятельности, хотя и с некоторыми необходимыми модификациями. Основная трудность здесь заключается в том, чтобы придумать достоверный психосоциальный аналог таблетке плацебо. В большинстве таких исследований применяется либо стратегия сравнения двух и более «активных» терапий, либо используются контрольные группы, не получающие лечения в течение всего того времени, когда экспериментальная группа проходит терапию. Кроме того, терапевты, даже соблюдающие верность одной и той же определенной школе, прибегают к своим собственным инструментам и достаточно сильно различаются по тактике проведения терапии. Таблетки с одним и тем же химическим составом, содержащие одинаковую дозу препарата, ничтожно мало отличаются друг от друга. Следовательно, для того чтобы проверить ингредиенты, скажем, терапии *X*, необходимо создать *руководство*, описывающее их, и, в дальнейшем обучить и контролировать терапевтов, чтобы быть уверенными в том, что проводимые ими терапевтические сеансы не отклоняются от процедур, описанных в утвержденном документе (Sanderson & Woody, 1995).

Результатом будет «терапия по учебнику», в ходе которой любые личные особенности терапевта, которые могут в какой-либо степени модифицировать стиль лечения, например наличие харизмы, считаются (возможно, ошибочно) несущественным фактором и игнорируются. В действительности существуют неопровержимые доказательства того, что личные характеристики терапевта являются важными факторами, определяющими исход терапии (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Blatt et al., 1996a; Lambert, 1989). Изначально «терапия по учебнику» была задумана с целью стандартизации психосоциального вмешательства так, чтобы оно подходило под парадигму рандомизированной клинической пробы. Однако некоторые специалисты предлагают использовать ее в повседневной клинической практике после того, как будет установлена действенность этого метода в случае определенных расстройств (например, см. Wilson, 1998).

Исследования действенности или рандомизированные клинические пробы психосоциального лечения становятся все более привычными, отчасти как реакция на требования, предъявляемые к контролю за качеством услуг, предоставляемых в сфере здравоохранения. Обычно такие краткосрочные исследования проводятся на пациентах, которым поставлен только один диагноз по *DSM-IV* (люди с коморбидными психиатрическими диагнозами исключаются). Исследование включает в себя два и более методов лечения и контроль (например, опросник ожиданий). При этом по крайней мере один метод лечения — психосоциальный (другой может быть представлен биологической терапией, например с помощью определенного препарата). Клиентов-субъектов выбирают случайным образом, их состояние систематически оценивается с помощью обычного набора тестов, которые проводятся до и после лечения.

Исследования действенности определенного метода психосоциального лечения считаются самым строгим способом оценки действенности терапии для пациентов с конкретным диагнозом по *DSM-IV*. Метод лечения, отвечающий такому стандарту,

описывают как «прошедший эмпирическую валидизацию» или «получивший эмпирическое подтверждение»; в настоящее время регулярно публикуются и дополняются списки подобных методов терапии (Chambless et al., 1998; Nathan & Gorman, 1998; Roth & Fonagy, 1996).

Хотелось бы снова подчеркнуть, что акцент в этом случае делается на специфически определенной терапии, примененной к специфическому (некоморбидному) расстройству по классификации *DSM*, с целью соблюдения принятой аналогии со специфическим лекарством от специфического физического заболевания. Прочие переменные, такие как характеристики пациента, отличающиеся от предусмотренных диагнозом (см., например, Barber & Muenz, 1996), а также особенности терапевта, не совпадающие с представленными в руководстве (см., например, Blatt et al., 1996a), выходят за рамки данной оценки. Как уже неоднократно отмечалось, существует много доказательств тому, что это может оказаться решающим упущением в случае психосоциальной терапии (Bergin & Garfield, 1994; см. также Garfield, 1998).

Некоторые специалисты в области психического здоровья признают ценность методов терапии, подтвержденных рандомизированными клиническими пробами (РКП). Другие придерживаются иного мнения и подкрепляют свои аргументы главным образом, несомненно, серьезными расхождениями между тщательно контролируемыми состояниями в РКП и тем, с чем на самом деле сталкиваются практикующие клиницисты. Они утверждают, что терапевтическая эффективность — это совсем не то же самое, что действенность, сопровождающаяся жестким контролем экспериментов; и что менее строгие, зато более реалистичные и «приземленные» исследования эффективности могут сказать нам столько же, а возможно, и больше о том, как следует улучшить практику психотерапии.

Авторы правы как минимум в одном отношении. Психотерапия как поле деятельности в силу необходимости по многим важным аспектам отличается от психотерапии как проверки действенности (табл. 17.2). Некоторые практикующие специалисты настолько глубоко принимают эти различия, что вообще заявляют

Таблица 17.2

Общие важные различия между исследованиями действенности и эффективности исхода психотерапии

Исследования действенности	Исследования эффективности
Указано ограничение времени проведения сессий	Не указано ограничение времени проведения сессий
У клиента отсутствуют коморбидные психические расстройства	У клиента могут присутствовать коморбидные психические расстройства
Рандомизированное назначение заранее определенных условий лечения	Индивидуально выбранный метод лечения
Проведение терапии «по учебнику»	Гибкость в осуществлении терапевтического подхода
Нет переключения на терапию другого типа	Допускается переход к терапии другого типа
Измеряется заранее определенный исход терапии, который не выбирается клиентом	Цели лечения определяются в процессе сотрудничества

о том, что попытки определения действенности не имеют никакого отношения к их работе. Подобное суждение, несомненно, чрезмерно радикально, однако нельзя отрицать тот факт, что «чистота» РКП мало похожа на реальный мир клинической практики. Мы склонны согласиться с Селигманом (Seligman, 1998), который выступает за то, что исследования действенности и эффективности должны дополнять друг друга и что мы лишь выиграем, если объединим сильные стороны двух этих подходов.

Резюме

Целью психологического лечения является модификация анормального поведения индивидов с помощью психологических средств. Задачи психотерапии включают в себя изменение неадаптивного поведения, минимизацию или устранение факторов окружающей среды, вызывающих стресс, снижение негативного аффекта, улучшение навыков межличностных отношений, разрешение личных конфликтов, развенчание ложных представлений человека о самом себе и воспитание более позитивного образа себя. Решить вышеназванные задачи нелегко, однако доказано, что методы психологической помощи эффективно способствуют адаптивному психологическому функционированию многих людей, страдающих расстройствами.

Многие подходы к психологическому лечению (школы психотерапии) создавались для лечения определенных психологических расстройств. Один из старейших подходов, классический психоанализ, был изобретен сто лет тому назад Зигмундом Фрейдом. Сегодня психоанализ применяют редко. В рамках психоаналитической традиции было создано несколько психодинамических видов терапии. Эти подходы разделяют некоторые элементы теории Фрейда, но расходятся с ней в ряде ключевых моментов, например по поводу продолжительности терапии или роли примитивных психосоциальных драйвов в динамике личности. По большей части они делают упор на межличностных процессах, на которые оказывают влияние первые интеракции со значимыми окружающими.

Второй главный подход психологического вмешательства — поведенческая терапия. Возникшая более 50 лет тому назад, поведенческая терапия широко применяется для решения различных клинических проблем. В поведенческой терапии используется множество разнообразных техник, например экспозиция и биологическая обратная связь, равно как и аверсивная терапия, моделирование и подкрепление. В последнее время методы поведенческой терапии достаточно успешно стали применять к частным событиям: мыслям или процессу познания. Данный подход, известный под названием когнитивной, или когнитивно-бихевиоральной терапии, пытается модифицировать установки человека о самом себе с целью изменения его поведения. Когнитивно-бихевиоральные методы используются для лечения широкого спектра клинических проблем: от депрессии до контроля над гневом, а также для различных групп клиентов.

Еще несколько методов психологического лечения относятся к гуманистически-эмпирической терапии. Одним из старейших подходов является клиент-центрированная терапия Карла Роджерса. Данный метод лечения, разработанный в 1940-х годах, получил широкое признание и привел к созданию ряда важных правил о взаимодействии терапевта с клиентом, а также позволил разработать специ-

фические техники, направленные на личностные изменения или личностный рост у мотивированных индивидов.

Помимо индивидуальных методов лечения к проблемным взаимоотношениям применяются определенные психологические подходы брачной или семейной терапии. Они обычно исходят из того, что проблемы индивида частично таятся в его взаимодействии с окружающими. Следовательно, в процессе лечения следует делать акцент на изменении способа интеракций индивида в социальном и семейном контексте.

В последнее время предпринимаются усилия, направленные на интеграцию различных концепций и техник, вызывающих изменение поведения. Эти усилия являются результатом признания того факта, что, для того чтобы лучше понять клиентов и произвести желательные изменения в их функционировании, целесообразно использовать элементы разных методов. Ключевой момент во всех методах терапии — создание эффективного «рабочего союза». Главной социальной проблемой в психотерапии служит организация полноценного терапевтического рабочего союза между людьми, значительно различающимися в культурном, этническом и социально-экономическом отношениях.

Действительно, трудно оценить, насколько успешна психотерапия, привела ли она к желаемым изменениям у клиентов. Было разработано два типа стандартов: действенность и эффективность. Однако психотерапевтические исследования показывают, что большинство методов лечения приносят лучший эффект, чем отсутствие какой-либо терапии вообще. Тем не менее психотерапия может вестись в неправильном направлении и вызвать ухудшение психологического состояния. Вопрос об оценке успеха психотерапии влечет за собой следующий, более общий, затрагивающий этическую дилемму, стоящую перед психотерапией. Поощряет ли психотерапия конформизм? Должна ли она делать это? Вот лишь некоторые из тех трудных моральных и социальных проблем, которые ежедневно встают перед специалистами в области психического здоровья.

ГЛАВА 18

Современные проблемы анормальной психологии

В этой книге мы рассмотрели огромное количество тем и проблем, имеющих отношение к пониманию аномального поведения с современной точки зрения. Заключительная глава традиционно является своего рода форумом для нескольких важных тем по анормальной психологии, которые были лишь кратко затронуты в предыдущих разделах. Эти проблемы очень важны для понимания области анормальной психологии и дадут читателю более широкое представление о том, каким образом наше общество справляется (а в некоторых случаях терпит неудачу) с аномальным поведением.

Мы начнем с профилактики психических расстройств. На протяжении многих лет большая часть усилий в области психического здравоохранения была направлена на то, чтобы помочь людям, у которых уже возникли серьезные проблемы. Ясно, что гораздо эффективнее было бы попытаться решить проблему до того, как она станет серьезной, а еще лучше — постараться создать такие условия, чтобы психологические расстройства вообще не возникали. К сожалению, причины многих психических расстройств пока еще не поняты до конца или слишком специфичны, чтобы практикующие специалисты смогли бы предпринять превентивные меры. Вследствие этого профилактика в области психического здравоохранения все еще основана главным образом на гипотезах о том, что должно работать, а не на серьезных эмпирических исследованиях. Тем не менее многие специалисты полагают, что усилия, направленные на профилактику психических расстройств, стоят того. Мы начнем с обзора стратегий профилактики, а затем изучим меры, с помощью которых можно предупредить проявления неадаптивного поведения или ограничить их тяжесть.

Далее мы перейдем к нескольким законодательным проблемам, связанным с психиатрической службой и госпитализацией людей с тяжелыми психологическими проблемами: заключение под стражу, деинституционализация и оценка опасности. С этими аспектами тесно связаны следующие вопросы: 1) долг терапевта предупредить окружающих о том, что клиент угрожает совершить насильственные действия и 2) использование (хотя некоторые считают это злоупотреблением) невменяемости как оправдания при совершении преступлений, караемых смертной казнью. Затем мы сделаем краткий обзор организованных усилий в области охраны психического здоровья как в Соединенных Штатах, так и во всем мире. Наконец, в заключение мы обсудим, что может сделать каждый из нас для укрепления психического здоровья.

Перспективы профилактики

В прошлом для того чтобы описать общие стратегии профилактики заболеваний, в здравоохранении широко использовали такие понятия, как первичная, вторичная и третичная профилактика. Эти термины описывают стратегии, направленные на то, чтобы понять и контролировать распространение инфекционных соматических заболеваний; считалось, что они вполне уместны и в области психического здравоохранения.

Тем не менее годы шли, а прогресса в профилактике не наблюдалось (Albee, 1996). Геллер (Heller, 1996), например, отмечал: «Вплоть до последнего десятилетия не существовало ничего, что хотя бы отдаленно напоминало настоящую науку о профилактике заболеваний» (р. 1124). В начале 1990-х годов Конгресс США организовал сотрудничество Национального института психического здоровья (*NIMH*) и Института медицины (*IOM*) с целью подготовки доклада о долгосрочной исследовательской программе по профилактике. Среди прочего в докладе *IOM* содержалась новая концептуализация профилактики заболеваний, которая уточняла определение профилактики, делая акцент на различении усилий по профилактике и лечению (Munoz, Mrazek & Haggerty, 1996). Усилия по профилактике отныне подразделялись на следующие три подкатегории.

1. **Универсальное вмешательство**: усилия, направленные на все население в целом.
2. **Избирательное вмешательство**: усилия, направленные на особые подгруппы населения, считающиеся группами повышенного риска развития психических проблем, например на подростков или этнические меньшинства.
3. **Показанное вмешательство**: усилия, направленные на индивидов с высоким риском, у которых присутствуют минимальные, но обнаруживаемые симптомы психического расстройства, которые еще не отвечают критериям постановки клинического диагноза, например на индивидов, покинувших свои дома в связи с наводнением или иной катастрофой.

Как показано на рис. 18.1, профилактические усилия четко отличаются от лечения и вмешательства, направленного на поддержание.

Универсальное вмешательство

Универсальное вмешательство преследует две основные цели: 1) изменить условия, которые могут стать причиной или поспособствовать развитию психических заболеваний (факторы риска), и 2) создать условия, благоприятствующие положительному психическому состоянию (защитные факторы). В этой связи особенно важны эпидемиологические исследования (см. главу 1), поскольку они позволяют исследователям собрать информацию о частотности и распространении различных форм неадаптивного поведения, требующих профилактических усилий (Dohrenwend, 1997). Затем эти сведения можно использовать для того, чтобы предложить наиболее подходящие меры профилактики. Например, различные эпидемиологические исследования и обзоры показали, что с высоким риском развития психических расстройств сталкиваются определенные группы населения: люди, недавно пережившие развод (Bloom et al., 1978); инвалиды с физическими недостатка-

ми (Freeman, Malkin & Hastings, 1975); пожилые одинокие люди (Neugarten, 1977); дети, страдающие от физического насилия (Malinosky-Rummel & Hansen, 1993), и люди, лишившиеся своих домов (Westermeyer et al., 1991). Хотя подобные факты могут стать основой для непосредственного избирательного или предписанного вмешательства, они помогают осуществлять и универсальную профилактику, указывая нам, где и что мы должны искать, и фокусируя наши усилия в нужном направлении. Универсальная профилактика очень широка. Она включает в себя биологические, психосоциальные и социокультурные мероприятия. Практически любые усилия, направленные на улучшение условий человеческой жизни, делающие ее более полной и осмысленной, можно считать частью универсальной профилактики психических расстройств.

Биологические меры по универсальной профилактике начинаются с создания адаптивного образа жизни. Многие задачи психологии здоровья (см. главу 8) можно рассматривать как стратегии универсальной профилактики. Усилия, направленные на улучшение рациона питания, постоянные физические упражнения и выработку общих здоровых привычек могут сделать очень многое для улучшения физического благополучия. Поскольку физическое заболевание всегда порождает своего рода психологический стресс, который может привести к появлению таких расстройств, как депрессия, хорошее физическое здоровье — профилактическая мера по отношению к хорошему психическому состоянию.

Психосоциальные меры. Если рассматривать нормальность как оптимальное развитие, а хорошее функционирование — как цель, а не просто отсутствие пато-

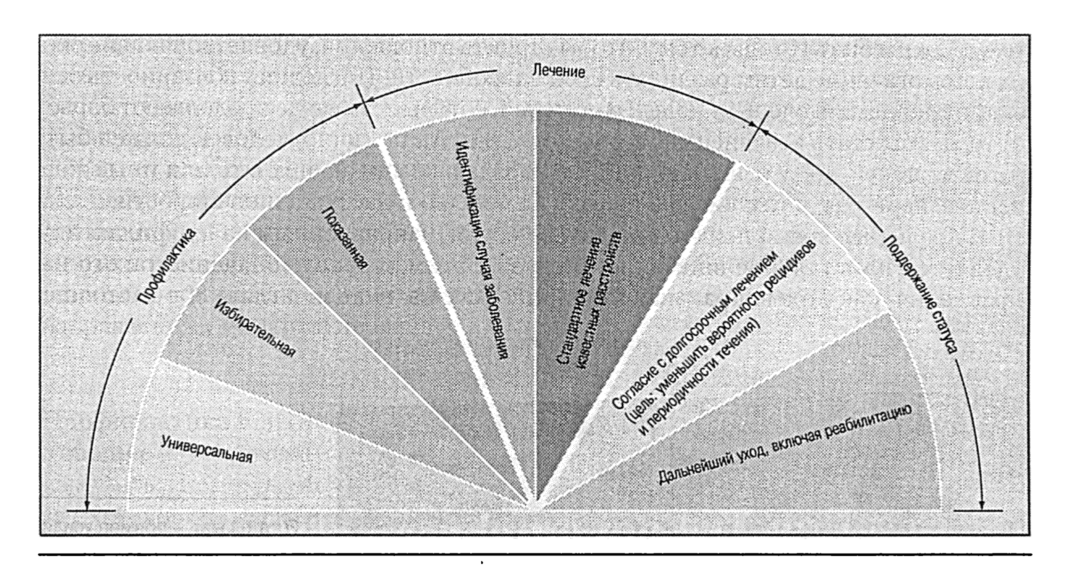


Рис. 18.1. Классификация профилактических стратегий, лечения и поддержания статуса

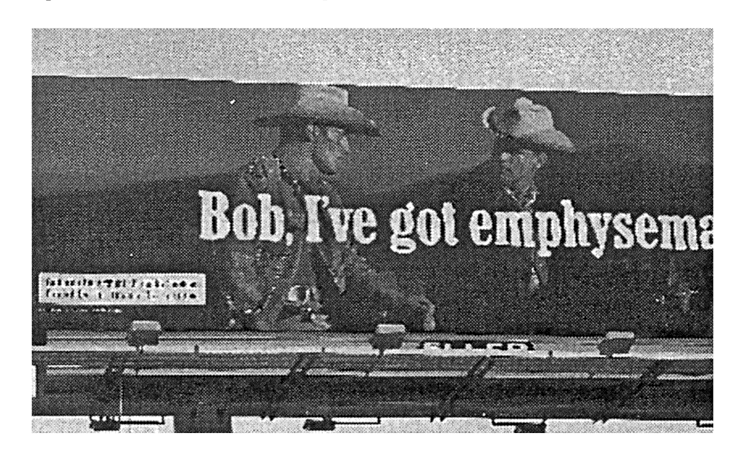
Для того чтобы сформировать более практичную точку зрения на усилия по профилактике, подвергли пересмотру традиционную терминологию, описывающую общие стратегии по профилактике заболеваний в сфере общественного здравоохранения. В этом контексте показано, что новая классификация профилактических мер (универсальная, избирательная и предписанная стратегии) отличается от мер по лечению и поддержанию в случае психических расстройств. Источник: Mrazek & Haggerty, 1994

логии, ясно, что людям необходимо создать возможности для приобретения физических, интеллектуальных, эмоциональных и социальных навыков. Первое требование психосоциального здоровья состоит в том, что человек развивает умения, необходимые для эффективного решения проблемы, например способность конструктивно выражать свои эмоции или устанавливать удовлетворительные отношения с окружающими; неспособность выработать такие «защитные» навыки ставит индивида в невыгодное положение: он не способен справляться со стрессом и часто не может избежать факторов риска развития психических расстройств.

Вторым условием психосоциального здоровья является то, чтобы у человека выработалась точная система координат, в которой он может строить свою идентичность. Мы много раз видели, что если предположения людей о самих себе или окружающем мире неточны, их поведение, скорее всего, будет неадаптивным. Аналогично неспособность найти ценности, делающие жизнь насыщенной и осмысленной, создает питательную почву для дезадаптации и психических расстройств. Вспомните случай, когда молодая женщина искренне верила, что худоба принесет ей счастье, и в результате приобрела анорексию.

Третье условие психосоциального здоровья заключается в том, чтобы человек был готов ко всем проблемам, с которыми он может столкнуться на разных этапах своего жизненного пути. Например, беременность и рождение ребенка имеют огромное эмоциональное значение для обоих родителей; кроме того, появление младенца в доме предъявляет огромные дополнительные требования к тем, кто о нем заботится, может нарушить семейное равновесие и усугубить уже и так осложненную семейную ситуацию. Молодые люди, желающие вступить в брак и иметь детей, должны быть готовы к тому, чтобы строить отношения, удовлетворяющие обоих и помогающие детям развивать свои способности. Последняя обязанность особенно сложна для очень молодых родителей, которые сами еще продолжают борьбу за то, чтобы стать независимыми и взрослыми. Аналогично, человек должен быть готов к адекватному решению остальных задач, возникающих в те или иные жизненные периоды, в том числе к выходу на пенсию и наступлению старости.

В последнее время психосоциальным мерам, направленным на профилактику, уделяется пристальное внимание. В связи с этим возросло значение такого направления, как бихевиоральная медицина. Как мы видели в главе 8, в настоящее



Этот плакат – пример усилий по универсальной профилактике, связанных с факторами риска, создающими условия для развития заболеваний, и защитными факторами, создающими условия для поддержания здоровья.

время предпринимаются значительные усилия, направленные на то, чтобы изменить психологические факторы, ведущие к выработке таких вредных привычек, как курение, чрезмерное употребление алкогольных напитков и вредные пищевые привычки, которые могут вносить свой вклад в развитие как физических, так и психических проблем.

Социокультурные меры. Взаимоотношения между индивидом и его общиной носят реципрокный характер; этот факт американцы иногда забывают, поскольку принадлежат к культуре, в которой исторически придается исключительная ценность индивидуализму. Чтобы быть собой, мы нуждаемся в самостоятельности и свободе, но мы также должны принадлежать к общине и вносить свой вклад в ее жизнь. Как уже было неоднократно продемонстрировано в этой книге, индивид не может развиваться без поддержки общины.

В то же время без ответственных, психологически здоровых индивидов община не будет преуспевать и, следовательно, не сможет оказывать поддержку. Когда община начинает приходить в упадок (это случается, например, при таких обстоятельствах, как переезд самых экономически процветающих людей в пригороды, вследствие чего центральные районы больших городов сильно обеднели), возникает угроза того, что неудачи приобретут самоподдерживающийся характер; жертвы дезорганизованных общин, страдающие психосоциальными нарушениями, не обладают необходимыми средствами для того, чтобы создать лучшую общину, способную защищать и поддерживать психологическое здоровье тех, кто придет после них; в результате создается окружающая среда, не выполняющая функцию защиты. Социокультурные усилия, направленные на универсальную профилактику, сосредоточены на том, чтобы сделать общину максимально безопасной и привлекательной для индивидов, принадлежащих к ней.

Учитывая то, что наше понимание роли патологических социальных условий в развитии неадаптивного поведения (в социально обедненных общинах) непрерывно растет, все больше внимания необходимо уделять тому, чтобы создать такие социальные условия, которые обеспечивали бы здоровое развитие и функционирование индивидов. Усилия по созданию таких условий следует рассматривать в широком контексте социальных мер: от бесплатного образования и социальной службы безопасности до экономического планирования и социального законодательства, направленных на гарантированное адекватное здравоохранение для всех граждан.

Избирательное вмешательство

Профилактика психических заболеваний посредством социальных изменений в общине — достаточно сложное дело. Хотя общий психологический климат можно изменить с помощью тех или иных общественных движений, например движения за гражданские права в 1960-х годах, результаты таких усилий обычно сказываются через много лет, и их очень трудно, а иногда и невозможно, предсказать или измерить. Усилия, направленные на достижение социально желательных изменений, непосредственно соприкасаются с идеологическими и политическими проблемами, что может породить мощную оппозицию, в том числе и со стороны самого правительства. Согласно результатам проведенного анализа (Humphreys & Rappaport, 1993), администрации Рейгана и Буша в течение 1980-х годах уменьшили финансирование социальных программ Общественного центра психического здоровья

в пользу организацией, ведущих «войну против наркотиков». Усилия последних, переадресующие внимание и денежные средства на устранение недостатков личностных особенностей отдельных людей, в большей степени отвечали консервативной политической философии, которая видела основную проблему в слабости отдельного индивида («Как должны подростки победить окружающую среду, насыщенную наркотиками? Просто сказать „нет!"»), а не в социальной дезорганизации. Злоупотребление наркотиками на самом деле вопрос индивидуального поведения, однако отсюда не следует, что мероприятия по борьбе с такими явлениями должны иметь индивидуальную направленность. В следующих разделах мы рассмотрим несколько примеров избирательных и при этом эффективных программ.

Пример стратегии избирательной профилактики

Избирательная профилактика, хотя ее определение трудно сформулировать, а еще сложнее — проводить в жизнь, может в случае успешного осуществления привести к значительному улучшению ситуации. В этом разделе мы рассмотрим мобилизацию профилактических ресурсов, нацеленную на уничтожение или снижение остроты проблемы злоупотребления подростками алкоголем и наркотическими веществами.

За последнее время употребление подростками наркотиков сократилось (National Institute of drug abuse, 1996b). Однако употребление молодежью наркотиков и алкоголя в настоящее время считается одной из самых важных психологических и общественных проблем. Употреблению алкоголя и наркотиков в раннем возрасте способствуют такие мощные общественные силы, как привлекательная телевизионная реклама, влияние сверстников, негативные ролевые модели родителей и доступность многих наркотических веществ.

В последние годы наблюдалось тревожное увеличение уровня потребления марихуаны и алкоголя, особенно во время вечеринок, среди подростков (National Institute of drug abuse, 1996a). В ходе недавно проведенного опроса было установлено, что 55% восьмиклассников, 71% десятиклассников, 81% учеников двенадцатого класса и 90% студентов колледжей попробовали алкоголь. Тяжелое пьянство (одномоментное употребление пяти однократных доз алкоголя и более) отмечено с опасной частотой: 15% среди восьмиклассников, 24% — среди десятиклассников, 30% — среди учеников двенадцатого класса и 40% — среди студентов колледжей. Тяжелое пьянство молодых людей может привести к таким трагическим последствиям, как дорожно-транспортные происшествия, влекущие за собой попадание в травматологические пункты (National Institute of drug abuse, 1996a) и даже смерть в результате вождения в нетрезвом состоянии (National highway safety administration, 1990).

Поскольку факторы, соблазняющие подростков начать употреблять алкоголь и наркотики, по всей видимости, находятся под социальным контролем, можно вполне обоснованно предполагать, что если бы эти силы удалось уравновесить равным по мощности альтернативным влиянием, можно было бы сократить, а возможно, и вообще свести к нулю уровень злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами. Конечно, легче сказать это, чем сделать. Для решения проблемы злоупотребления наркотиками правительство Соединенных Штатов применило три широкомасштабные стратегии, каждая из которых доказала свою недостаточность.

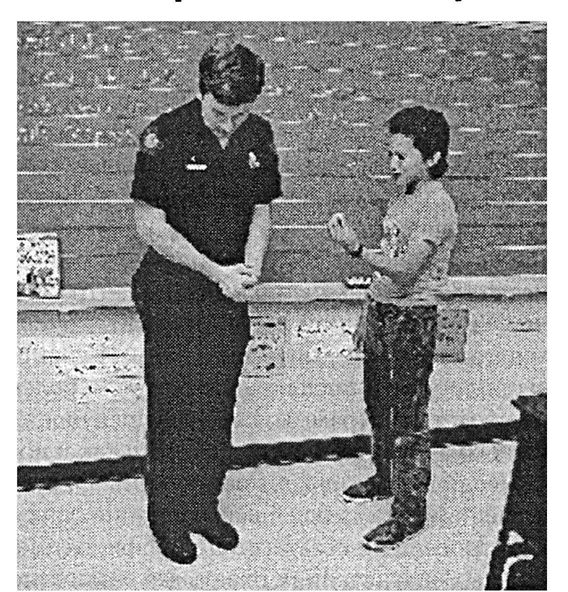
1. *Введение запретов и уменьшение поставок наркотиков.* Уменьшение поставок посредством введения полицейского патрулирования границ страны мало повлияло на доступность наркотиков. Программы по введению запретов очень мало повлияли на наличие тех двух наркотиков, к которым чаще всего прибегают подростки: алкоголя и табака, и которые, в общем, есть в любой уличной лавке и даже в домах самих подростков. Практически невозможно ограничить доступность этих двух наркотиков для подростков.
2. *Предоставление лечения тем, у кого есть проблемы с наркотиками.* Каждый год на медицинскую помощь отводятся значительные денежные средства, однако лечение наркотической зависимости, возможно, самый неэффективный способ решения этой проблемы. От расстройства, связанного с зависимостью, очень трудно избавиться, и неудачное лечение с последующим рецидивом, скорее, правило, нежели исключение. Хотя терапевтические программы для людей, страдающих зависимостью от наркотиков или алкоголя, необходимы, они не могут уничтожить или даже снизить остроту этой проблемы в нашем обществе.
3. *Вдохновляющая профилактика.* Несомненно, наиболее желательным и потенциально мощным способом решения проблемы наркотиков в нашей стране являются профилактические методы, направленные на привлечение внимания граждан к проблеме наркотиков и обучение молодых людей избегать употреблять их (Botvin & Botvin, 1992; Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz, 1995). Хотя прошлые попытки снизить употребление наркотиков подростками увенчались весьма скромным успехом, профилактические меры, изначально казавшиеся весьма многообещающими, часто не могли уменьшить потребление наркотических веществ и алкоголя в силу целого ряда причин. Как правило, мероприятия проводились не столь длительно, чтобы мог сказаться желаемый эффект; вмешательство не было в достаточной степени активным, чтобы оказать необходимое воздействие на участников проекта; в некоторых случаях были недостаточно хорошо разработаны стратегии.

Ясно, что традиционные модели здравоохранения и вмешательства, нацеленные на излечение молодого человека только после того, как у него разовьется привыкание к алкоголю или наркотикам, не могут привести к существенному уменьшению проблемы злоупотребления наркотиками и алкоголем среди подростков. Более того, такие подходы к лечению обычно применяют только после того, как у ребенка будет серьезно нарушено отношение к употреблению алкоголя или наркотиков. Недавно проведенное эпидемиологическое исследование подтвердило, что употребление алкоголя в раннем возрасте «служит мощной предпосылкой злоупотребления алкоголем и зависимости от него на протяжении всей жизни» (Grant & Dawson, 1997). В последнее время специалисты по профилактике заняли более активную позицию. Они пытаются разработать программы, которые предупреждали бы развитие расстройств, связанных со злоупотреблением, до того как у молодых людей разовьется настолько сильное привыкание к алкоголю или наркотикам и их жизнь подвергнется таким изменениям, что дальнейшая адаптация станет затруднительна или вообще невозможна. Новейшие стратегии по профилактике осуществляются в нескольких перспективных направлениях, охватывая различные

аспекты жизни подростков. Мы изучим несколько мероприятий, приведших к неплохим результатам, а затем обсудим ограничения, связанные с применением данных профилактических мер.

Образовательные программы по наркотикам и алкоголю представляют собой стратегию профилактики, нацеленную на предоставление информации о разрушающем воздействии этих веществ. Многие из них созданы для школы и обычно исходят из идеи о том, что если дети будут знать об опасности наркотиков и алкоголя, они предпочтут не употреблять их. Так, была разработана программа «Скажи это прямо» (Englander-Golden et al., 1986) для учеников с 6-го по 8-й классы, в процессе которой им рассказывали об опасности употребления алкоголя и наркотиков, а также о том, как твердо уклоняться от употребления этих веществ, невзирая на давление сверстников. Проведя оценку спустя некоторое время после завершения программы, авторы установили, что у молодых людей, прослушавших ее, отмечались более низкие показатели ухода из школы в связи с употреблением алкоголя и наркотиков, чем у тех, кто не участвовал в этой программе.

Программы вмешательства для подростков из групп высокого риска включают в себя идентификацию подростков из групп высокого риска и использование специальных подходов, направленных на то, чтобы помешать дальнейшему употреблению ими алкоголя или потенциально опасных наркотиков (Petraitis, Flay, Miller et al., 1998). Эти программы часто осуществляются на базе школы и не являются строго профилактическими; скорее, они представляют собой лечебные программы, позволяющие осуществить раннее вмешательство в отношении подростков из групп повышенного риска, подверженных употреблению алкоголя и наркотиков, чтобы снизить вероятность того, что в дальнейшем у них разовьется зависимость от этих веществ. Одна из этих программ заключается в ранней идентификации молодых людей, испытывающих трудности в школе из-за употребления алкоголя и наркотиков. Учителей и представителей школьной администрации учат идентифицировать и противостоять проблемам употребления наркотиков и алкоголя с помощью четкой и последовательно осуществляемой антинаркотической и антиалкогольной политики в школе (Newman et al., 1989).



Усилия, направленные на то, чтобы школьники узнали об опасности наркотиков до достижения возраста максимального риска, исходят из предпосылки о том, что если дети будут знать об опасности наркотиков и алкоголя, они предпочтут не употреблять их.

Просветительская работа среди родителей и программы вмешательства на базе семьи. Родители обычно недооценивают степень употребления алкоголя и наркотиков их собственными детьми (Silverman & Silverman, 1987). В этой связи несколько программ были нацелены на то, чтобы родители глубже осознали распространенность этой проблемы, научились справляться с употреблением наркотиков и алкоголя в семье. Эти программы обучают родителей, как распознать проблемы злоупотребления алкоголем и наркотиками и отвлечь детей от негативного и саморазрушительного поведения. Одна из таких программ рассчитана на родителей, дети которых вступают в подростковый возраст (Grady, Gersick & Boratynski, 1985). Сначала оценивают умение родителей справляться с проблемами, связанными с наркотиками, а затем обучают их понимать и сочувствовать молодым людям, которые могли принимать их, будучи подростками. Затем родителей учат, как эффективно реагировать на вопросы своих детей и помочь им в выборе альтернативного, более адаптивного поведения.

Другие программы, ориентированные на семью, нацелены на укрепление семейных уз и создание более положительных взаимоотношений, чтобы огородить ребенка от внешних негативных воздействий. Например, одна программа делает акцент на то, чтобы привлечь родителей и остальных членов семьи к позитивной социализации ребенка, увеличивая степень его коммуникации с семьей, обучая родителей справляться с проблемным поведением ребенка (DeMarsh & Kumpfer, 1985).

Если родители употребляют алкоголь или наркотики, то обычно очень сложно заручиться поддержкой семьи для осуществления такой программы; по сообщениям, многие программы страдали от недостатка участников. Пытаясь повысить уровень участия, Чапочник с коллегами (Szapocznik et al., 1988) прибегли к методам семейной терапии (как развивающим коммуникационные навыки, так и управляющие поведением), чтобы уменьшить сопротивление семей лечению от злоупотребления наркотиками. Авторы отметили, что 77% семей прошли всю программу лечения, тогда как в контрольной группе этот показатель составил только 25%.

Программы, использующие влияние группы сверстников. Сверстники оказывают мощное влияние на все аспекты жизни подростка, в том числе и на употребление наркотиков и алкоголя. Программы, нацеленные на то, чтобы помочь подросткам преодолеть негативное давление сверстников, делают акцент на обучении социальным навыкам и уверенности в себе. Несомненно, давление сверстников может оказывать на молодого человека и позитивное воздействие, удерживая от применения алкоголя и наркотиков; поэтому при разработке программ борьбы с употреблением наркотических веществ учитывается такое положительное влияние сверстников (Swadi & Zeitlin, 1988). По-видимому, сверстники оказывают гораздо более сильное воздействие, чем остальные, включая учителей и родителей.

Программы по повышению самооценки пытаются гарантировать молодым людям, что те смогут постоять за себя и не попасть в зависимость от более сильных доминирующих сверстников. Одна из таких программ предоставляет подросткам возможность научиться социальным навыкам и смоделировать поведение, необходимое для того, чтобы снизить вероятность употребления наркотиков и других форм негативного поведения, например прогулов школьных занятий (Pentz, 1983). Другая программа (Botvin, 1983) предполагает использовать методы когнитивно-бихевиоральной терапии (например, разговор с самим собой), чтобы повысить

у подростков чувство уверенности в знании основных жизненных навыков и их способность справляться с проблемами. Предполагалось, что этот подход может оказаться эффективным для снижения употребления табака, марихуаны и алкоголя (Botvin et al., 1990).

Средства массовой информации и программы по моделированию. Признавая гигантский «рыночный» потенциал подростков, специалисты по рекламе всячески пользуются тем, какое огромное влияние оказывают хитроумные искажения информации на эту возрастную группу. Благодаря фильмам и телевизионной рекламе, которые в изобилии показывают именно в то время, когда дети с наибольшей вероятностью могут увидеть их, на подростков буквально обрушивается лавина стимулов, связанных с наркотиками и алкоголем. В последнее время было предпринято несколько попыток развенчания подобной информации, ее опровержения путем показа рекламных материалов, посвященных отрицательным сторонам употребления алкоголя и наркотиков (Coombs, Paulson & Palley, 1988; Schilling & McAlister, 1990).

Комбинированные профилактические программы. Различные превентивные стратегии, рассмотренные здесь, ни в коей мере не исключают друг друга. Большин-

СПРАВКА 18.1. ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

Профилактика злоупотребления алкоголем

Проект «Нортланд» – экспериментальное исследование, предназначенное для предупреждения или снижения употребления алкоголя подростками, в ходе которого используется многоуровневый подход в рамках общины (Williams & Perry, 1998). Исследователи осуществляли эту программу в 24 школьных округах на севере штата Миннесота, регионе, известном высоким уровнем злоупотребления алкоголем и наркотиками. Для того чтобы изменить информацию, которую молодые люди обычно получают об алкоголе, были предложены несколько форм вмешательства: включение в учебную программу занятий, посвященных социальным и поведенческим навыкам, для того чтобы учащиеся узнали о проблеме алкоголя; организация образовательных программ для родителей опора на авторитет сверстников и деятельность в рамках общины. Оценку проводили ежегодно, для того чтобы измерить употребление алкоголя среди целенаправленно идентифицированной популяции и контрольной выборки. Программа изложена в четырех брошюрах, которые учащиеся изучают вместе с родителями в качестве домашнего задания примерно четыре недели. Каждая брошюра содержит четкое описание заданий (например, как выработать семейные правила, касающиеся употребления алкогольных напитков). Среди сверстников выбираются лидеры, которые с помощью учителей каждую неделю дают учащимся задания. Эти сеансы проводятся в малых группах.

До того как была начата эта программа, учителя прошли четырехчасовое обучение. Выбранные лидеры группы прошли дополнительное двухчасовое обучение. В период вмешательства, каждого ребенка попросили принести карточки учета; родители расписались на них, подтверждая свое участие в программе. В дальнейшем карточки поместили на специальной доске на видном месте. Учащиеся получали призы (например, авторучки) за прочтение первых двух брошюр и футболки в конце программы. В каждой школе окончание программы отмечали торжественным мероприятием, куда приглашали пятиклассников вместе с их родителями. В течение недели, предшествующей этому вечеру, учащиеся в парах работали над стендо-

ство новейших программ не полагаются только на одну стратегию вмешательства; они включают в себя два и более подходов (Wagenaar & Perry, 1995). Проект «Нортланд» — образец программы, направленной на предупреждение злоупотребления алкоголем, рассчитан главным образом на старшеклассников школ на северо-востоке штата Миннесота, но включает в себя усилия и по более широкомасштабному вмешательству в жизнь общины (Perry et al., 1993; Perry, Williams et al., 1995). Эта программа обсуждается в справке 18.1.

Такие проекты проявили себя как эффективный способ ограничения употребления алкоголя среди молодых людей. Тщательно разработанные образовательные программы наряду с обучением молодых людей навыкам, необходимым для того, чтобы противостоять негативным требованиям употреблять алкоголь и наркотики, обрушивающимся на них примерно в 5–7-м классе, оказывают очень мощное воздействие. Вооруженные соответствующей информацией и наученные оказывать сопротивление окружающим, подростки могут принять решение отказаться от употребления алкоголя или наркотиков. Заметные успехи таких программ привлекли пристальное внимание работников сферы образования в других школьных округах. В настоящее время предпринимаются многочисленные усилия, направ-

выми докладами, посвященным темам, имеющим отношение к алкоголю, которые затем были представлены родителям.

Персонал, занятый в проекте «Нортланд», смог обеспечить проведение программы в течение более чем трех лет и продемонстрировать, что многоуровневые, целевые профилактические программы для младших подростков оказывают эффективное воздействие на снижение потребления алкоголя среди них. В условиях эксперимента подростки продемонстрировали заметное снижение потребления алкоголя по сравнению с контрольной школьной выборкой. Употребление алкоголя, курение сигарет и марихуаны среди подростков, участвовавших в эксперименте, уменьшилось на 21% по сравнению с их сверстниками из контрольной выборки.

Еще одна широкая и всеобъемлющая программа по профилактике злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами была недавно опробована Ботвином и его коллегами (Botvin et al., 1995). Эта пятилетняя программа охватила 3597 подростков в 56 муниципальных школах, за которыми проводили наблюдения в течение 5 лет, начиная с седьмого класса. Начальная стадия вмешательства состояла из 15 уроков, 10 поддерживающих сессий в восьмом классе и 5 сессий – в девятом. На школьных уроках подростков обучали специфическим навыкам, позволяющим сопротивляться употреблению наркотиков, а также общим навыкам жизни. Как и в случае проекта «Нортланд», в ходе этой программы установили, что программы по профилактике употребления наркотиков, проводимые в средней и старшей школе, «могут вызвать сильное и продолжительное снижение» употребления алкоголя, табака и марихуаны, если они прививают навыки социального сопротивления. По сравнению с контрольными школами в экспериментальных школах значительно снизилось потребление алкоголя и наркотиков. Там было на 44% меньше подростков, употребляющих наркотики, и на 66% меньше тех, кто принимал одновременно алкоголь, табак и марихуану. Тем не менее для того чтобы сохранить полученный результат, было признано необходимым проведение поддерживающих сессий.

ленные на «экспортирование» этих лабораторных программ для более широкого применения в школах Америки. Недавно подход, использованный в проекте «Нортланд», был адаптирован для применения в России с целью борьбы со злоупотреблением алкоголем — одной из самых серьезных проблем здравоохранения, существующих в этой стране (Grechanaia, Romanova et al., 1997).

Предписанное вмешательство

Предписанное вмешательство делает основной упор на раннем выявлении и быстром лечении неадаптивного поведения в семейном и общинном окружении индивида. В некоторых случаях, например в условиях кризиса или после катастрофы, оно включает в себя немедленное и относительно краткосрочное вмешательство, направленное на предупреждение каких-либо долгосрочных последующих нарушений в поведении. Несколько позднее мы более подробно рассмотрим предписанное вмешательство в случае крушения самолета.

Вмешательство в кризисных ситуациях. Очень часто люди в кризисных ситуациях находятся в состоянии острого замешательства, чувствуют себя раздавленными и неспособными самостоятельно справиться со стрессом. У них нет времени дожидаться назначения на начальную терапию, и они находятся не в том состоянии, чтобы продолжить терапию длительное время. Им нужно немедленно оказать помощь. Вмешательство в кризисных ситуациях возникло как реакция на часто возникающую потребность помочь отдельным людям и целым семьям противостоять тяжелому стрессу, будь это катастрофы или ставшие невыносимыми семейные обстоятельства (Butcher & Dunn, 1989; Everly, 1995; Greenfield, Hechtman & Tremblay, 1995; Morgan, 1995). Как уже обсуждалось в главе 4, здесь широко используются два подхода: 1) кратковременная кризисная терапия, включающая в себя обсуждения лицом к лицу, и 2) телефонные горячие линии, которые обычно обслуживаются либо специалистами в области психического здоровья, либо добровольцами, прошедшими соответствующее обучение.

Краткосрочное кризисное вмешательство. Как подразумевает само название, краткосрочное кризисное вмешательство характеризуется малой продолжительностью и делает акцент на непосредственной проблеме, с которой сталкивается индивид или семья. Хотя медицинские проблемы иногда могут потребовать немедленной помощи, здесь мы рассмотрим личные или семейные проблемы эмоциональной природы. В кризисных ситуациях терапевт обычно очень активен, помогает прояснить проблему, предлагает план действий, успокаивает и предоставляет иную



Показано, что предоставление кризисной помощи сразу же после катастрофы, в данном случае землетрясения в Лос-Анджелесе, уменьшает долгосрочные неадаптивные реакции.

необходимую информацию и поддержку. По сути дела, терапевт пытается оказать индивиду или семье максимальную помощь.

Если проблема заключается в психологических нарушениях одного из членов семьи, акцент обычно делают на том, чтобы мобилизовать на поддержку всех остальных. Часто это позволяет человеку избежать госпитализации и крушения его семейной жизни. Кризисное вмешательство может подразумевать привлечение к оказанию помощи медиков или специалистов в области психического здоровья. Большинство людей и семей, прошедших краткосрочную кризисную терапию, не продолжают лечение после 1–6 сессий. В справке 18.2 описано кризисное вмешательство как пример предписанных профилактических мероприятий.

Телефонные горячие линии. Как мы отмечали в главе 4, телефонная горячая линия стала обычным способом помощи людям, переживающим кризис. Сегодня все большие города в Соединенных Штатах и большая часть малых создали в той или иной форме горячие телефонные линии, чтобы помочь людям, переживающим тяжелый стресс. Хотя угроза самоубийства — это самый драматичный случай, спектр проблем, по поводу которых могут позвонить люди, колеблется от разрыва с любимым до тяжелых наркотических галлюцинаций. Кроме того, в большинстве общин существуют специальные горячие телефонные линии для жертв изнасилования и лиц, убежавших из дому и нуждающихся в помощи.

Как и в остальных случаях кризисного вмешательства, человек, принимающий звонки по горячей линии, сталкивается с необходимостью быстро понять проблему и оценить, насколько она тяжела. Даже если можно провести точную оценку и работник линии способен сделать все зависящее от него, для того чтобы помочь звонящему, тот, в состоянии сильного расстройства, может повесить трубку, не сообщив ни имени, ни номера телефона, ни адреса. Это может оказаться очень печальным опытом для консультанта горячей линии, особенно если звонивший сообщил по телефону, что он только что принял смертельную дозу снотворного. Даже в менее серьезных случаях оператор горячей линии может никогда не узнать о том, смог ли звонивший решить свои проблемы. Однако в некоторых случаях удается убедить человека, воспользовавшегося услугой горячей телефонной линии, прийти на консультацию и пойти на непосредственный личный контакт.

Для терапевта или волонтера кризисная терапия может оказаться самым обескураживающим методом вмешательства из всех, которые обсуждались в этой книге. В основе такого разочарования лежат настоятельная необходимость вмешательства и часто неспособность получить результат терапии и проследить последующий ее эффект. По сообщениям бесплатных клиник и кризисных центров, их консультанты (большинство которых волонтеры) склонны «выгорать» после короткого периода работы. Однако несмотря на высокий уровень фрустрации, связанный с такой деятельностью, консультанты по кризисному вмешательству играют исключительно важную роль в сфере охраны психического здоровья; особенно велико значение их работы для молодых людей, составляющих основной костяк клиентуры. Этот факт должны признать большинство общинных центров психического здоровья и больниц широкого профиля, которые оказывают экстренную психологическую помощь посредством горячих телефонных линий или приема посетителей. Для тысяч людей, находящихся в отчаянном положении, тот факт, что есть место, куда они могут обратиться и получить немедленную помощь, или что есть кто-то, кто выслушает

их проблему и попытается помочь решить ее, оказывает неоценимую социальную поддержку. Таким образом, необходимость службы кризисного вмешательства и телефонных горячих линий не вызывает никаких сомнений.

Пример предписанной профилактики. Авиакатастрофа несет за собой опустошительные немедленные последствия. У выживших пассажиров обычно наблюдаются травматические реакции на происшествие, которые нарушают их нормальное функционирование и предъявляют повышенные требования к психологической адаптации в течение нескольких недель после катастрофы. Члены семьи потерпевшего в связи с происшествием нередко переживают сильную психологическую травму. Их жизнь может сильно измениться в процессе длительного периода выздоровления любимого человека, а иногда им приходится приспосабливаться к серьезным жизненным изменениям в связи с его смертью. Даже работники службы спасения, участвующие в устранении последствий авиакатастрофы, могут страдать от синдрома посттравматического стресса.

Во многих отношениях эмоциональные реакции и требования, предъявляемые к адаптации жертв авиакатастрофы, напоминают те, которые отмечаются у пострадавших в результате таких природных катаклизмов, как ураганы, наводнения,

СПРАВКА 18.2. СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ

Кризисное вмешательство в случае семейного горя

В основе семейного кризиса может лежать множество причин, например: семья может лишиться дома вследствие непредвиденной экономической ситуации; член семьи может умереть или тяжело заболеть; один из членов семьи может стать психотиком или, как в приведенном ниже примере, пытаться покончить жизнь самоубийством.

Мать, отец и бабушка привели 17-летнюю девушку Ли в приемный покой больницы общего профиля. Она вошла в спальню родителей рано утром и заявила, что проглотила все таблетки своей матери. Родители привели девушку в приемный покой и пришли в ярость, когда туда вызвали психиатра. Историю рассказала мать, поскольку сама Ли говорила мало. На вопросы врача также отвечала мать. Во время интервью отец ходил взад и вперед по комнате, восклицая время от времени, что он забирает дочь домой. Он агрессивно спрашивал всех входящих: «Что вы хотите?», но не дожидался при этом ответа. Бабушка сидела в комнате, время от времени восклицая: «От этой девочки одни неприятности». Ли была старшей из троих детей. Никто из них не ходил в школу. По заявлению матери, она занималась с ними дома. Кроме того, мать работала и жаловалась, как много ей приходится всего делать. Она сокрушалась по поводу того, что Ли даже в магазин не может сходить одна, и поэтому ей приходится повсюду сопровождать дочь. Мать сказала, что муж велел ей не надоедать Ли, которая когда-нибудь выйдет замуж и покинет их. Но ей (матери) приходится «надоедать», поскольку Ли не может дойти одна даже до соседнего квартала.

Когда Ли стали расспрашивать о попытке самоубийства, она сказала, что «сделает это снова», если вернется домой. Она хотела рассказать кому-нибудь о своих драках с матерью, которые настолько разозлили ее, что она захотела умереть. Мать заявила, что во всем виноват отец. Он не имеет постоянной работы, много пьет, и они вынуждены жить в плохом доме в бедном квартале. У них ужасные соседи, которые шумят и причиняют много беспокойства.

Поскольку Ли заявила, что у нее все еще есть суицидальные намерения, а семейный конфликт не утихал, была предложена госпитализация. В ответ на это Ли сразу же заявила, что ей

землетрясения и извержения вулканов (McFarlane, Clayer & Bookless, 1997). Однако существует множество нюансов, влияющих на интенсивность проблем, связанных с авиакатастрофой: обычно крушение самолета происходит внезапно и неожиданно; оно ведет к хаотическому разрушению и происходит вдали от привычной обстановки, в окружении незнакомых людей. Следовательно, отсутствует чувство общности, характеризующее реакцию на многие катастрофы. Помимо этого, воздушная катастрофа обычно затрагивает не только участников самого происшествия, а гораздо большее количество людей.

Авиакатастрофы отличаются от природных катаклизмов еще в одном важном вопросе — они обычно сопровождаются проклятиями и гневом, которые могут усугубить и интенсифицировать эмоциональные реакции спасенных людей на протяжении многих месяцев после происшествия. Большинство аэропортов обязаны иметь план на случай катастрофы, который включает в себя мероприятия по спасению и эвакуации пассажиров в случае крушения самолета. Некоторые планы включают в себя программу оказания психологической помощи выжившим в катастрофе и членам семей ее жертв, а также работникам службы спасения (Butcher & Dunn, 1989; Carlier, Lambert & Gersons, 1997).

стало лучше и она отправится домой. Она отказалась остаться в больнице. Ее мать сказала, что никогда не сможет убедить дочь остаться, и вся семья засобиралась домой (Kress, 1984, p. 419–420). В данном случае семейный кризис пролил свет на несколько сложных проблем, угрожавших целостности структуры семьи. В то время как самые сильные нарушения проявлялись у Ли, у остальных членов семьи также присутствовали серьезные психологические проблемы, непосредственно влияющие на семейные раздоры. Попытка самоубийства потребовала внешнего вмешательства. Существовавшая ситуация требовала не только немедленного решения проблемы; было рекомендовано психологическое вмешательство в связи с неспособностью семьи решать возникающие затруднения в течение длительного времени. Однако закрытый, почти отшельнический характер этой семьи исключал вероятность того, что ее члены примут предложенную медицинскую помощь и вмешательство, направленное на восстановление разрушенных семейных отношений. Ни Ли, ни ее отец не были готовы исследовать свои проблемы и изменить поведение. К сожалению, нам не удалось проследить дальнейшее развитие этой истории. В кризисной терапии часто случается так, что вмешательство ограничивается тем, что удается сделать непосредственно во время кризиса; многие клиенты никогда не прибегают к более длительной терапии, как бы настоятельно работники кризисной службы ни рекомендовали сделать это.

Итак, как мы видим, кризисное вмешательство в семейные конфликты обычно отличается от семейной терапии, описанной в главе 17, и имеет более ограниченный характер. Семейное кризисное вмешательство не ставит перед собой задачу изменить основы функционирования семьи, как это делает семейная терапия; зачастую оно ограничивается тем, что возвращает семью на предкризисный уровень существования (Umana, Gross & McConville, 1980). Например, в случае Ли задачей специалиста в области психического здоровья было немедленное решение возникшей экстренной ситуации и изменение угрожающего жизни настроения. Кроме того, в его обязанности также входило склонить ее семью к проведению индивидуальной или семейной терапии, с тем чтобы решить насущные проблемы, вызвавшие этот кризис. К сожалению, этого не произошло.

Эти программы считаются примером предписанной профилактики, поскольку они нацелены на то, чтобы оказать немедленную психологическую помощь, предупредить развитие психологических расстройств или уменьшить тяжесть этих проблем, если они все-таки возникнут. Было показано, что в случае авиакатастроф эффективны три типа оказания помощи: 1) служба немедленного кризисного вмешательства для выживших в катастрофе и членов их семей; 2) кризисная горячая телефонная линия, по которой можно получить информацию, и 3) проведение сессий для жертв, оказавшихся свидетелями катастрофы, например сотрудников службы спасения, пострадавших в результате катастрофы. Мы кратко рассмотрим все эти направления.

Служба немедленного кризисного вмешательства. Временной фактор является критическим для кризисного вмешательства, которое, если провести его сразу же после катастрофы, может привести к уменьшению эмоциональных страданий и более эффективной психологической адаптации в дальнейшем (Butcher & Hatcher, 1988). Кризисное вмешательство заключается в том, чтобы обеспечить потерпевшего поддержкой и пониманием специалиста по кризисному вмешательству, который может помочь ему выразить свои глубокие чувства по поводу происшедшего.

Прежде всего, кризисный консультант оказывает необходимую эмоциональную поддержку и пытается показать долгосрочную перспективу, чтобы потерпевший смог увидеть надежду на психологическое выживание. Консультант выступает в качестве источника информации и буфера, препятствующего распространению ложных слухов. Катастрофы всегда сопровождаются периодом замешательства, дезинформации и негативного эмоционального состояния. В процессе усилий по ликвидации последствий катастрофы специалист в области психического здоровья должен составить максимально точную картину происходящего, разобраться в ней и довести ее до сведения потерпевших.

Наконец, специалист по вопросам кризисного вмешательства выдвигает практические предложения по поводу того, как можно ускорить адаптацию. Во время кризиса люди часто утрачивают ви́дение перспективы и «забывают» о том, что они, как правило, вполне успешно справляются с жизненными проблемами. Важный аспект деятельности консультанта состоит в том, чтобы руководить потерпевшими в тяжелый для них период времени, помочь им оценить стоящие перед ними проблемы и предложить ценные советы, которые помогут облегчить их состояние.

Кризисные телефонные горячие линии консультационных служб. После воздушной катастрофы царит всеобщее замешательство, которое порождает панику среди пассажиров и членов команды. Неточная информация и порождающие тревогу слухи провоцируют состояние напряжения, которое ведет к деморализации и негативному поведению: нежеланию работать, чрезмерному употреблению спиртных напитков и нравственным проблемам.

Существует эффективный способ, позволяющий справиться с психологической неопределенностью и ослабить негативную атмосферу, созданную воздушной катастрофой, — создание телефонной консультационной службы, своего рода информационной горячей линии для всех людей, которые испытывают потребность поделиться своими соображениями, будь они сотрудниками авиакомпании или членами семей пассажиров. Так, после крушения самолета в Детройте, штат Мичиган, в 1987 году, во время которого погибли 156 человек, была создана кризисная телефонная горячая линия консультационной службы, работавшая круглые сутки; ее деятельность

продолжалась в течение четырех недель. В ней работали квалифицированные психологи, специалисты по кризисному менеджменту, которые сообщали необходимую информацию, давали консультации и направления в соответствующие службы.

Проведение сессий после катастрофы. Люди, прекрасно работавшие на месте катастрофы, могут испытывать трудности после того, как кризис оказывается позади, а сами они возвращаются к своим семьям и повседневным обязанностям. Даже опытные работники аварийной службы, прошедшие специальное обучение и исправно выполнявшие свои обязанности в момент катастрофы, нередко впоследствии испытывают давление и проблемы, связанные с происшедшим.

Желание расслабиться в психологически безопасном окружении и поделиться личным опытом катастрофы — универсальная потребность людей, переживших травматическую ситуацию. Сессии после катастрофы как раз и предназначены для того, чтобы дать возможность людям, которые могли бы стать прямыми жертвами инцидента, рассказать о своих переживаниях и выразить свои чувства и соображения по поводу происшедшего. Чемтоб с коллегами (Chemtob et al., 1997) исследовали такие сессии, позволяющие жертвам описать свой опыт и узнать о реакции других людей, и установили, что этот метод эффективно снижает эмоциональную реакцию на травмирующее событие.

Немедленное кризисное вмешательство, консультации по горячей телефонной линии и программы проведения сессий после катастрофы стали стандартными мероприятиями, которые проводятся после крупных катастроф, чтобы помочь потерпевшим и работникам аварийной службы быстрее и эффективнее вернуться к нормальной жизни. Уменьшая воздействие трагедии, эти программы пытаются предотвратить развитие более тяжелых психологических расстройств. Проведение профилактических мероприятий не исключает необходимость психиатрического лечения как в стационарных, так и амбулаторных условиях. Реабилитационные мероприятия являются важным аспектом современной системы охраны психического здоровья и будут рассмотрены в следующих разделах.

Психиатрическая больница как терапевтическая община

В случаях, когда индивида можно рассматривать как представляющего опасность для самого себя или окружающих (Richards, Smith et al., 1997) или когда симптомы настолько тяжелы, что человек не в состоянии заботиться о себе самостоятельно, требуется госпитализация в психиатрическую больницу. Для восстановления функционирования пациента в условиях больницы можно использовать большинство из традиционных форм терапии, описанных нами в главах 16 и 17. Кроме того, во многих психиатрических больницах эти техники дополняются попытками превратить саму больницу в «терапевтическую общину» (Jones, 1953; Paul & Lentz, 1977; Whiteley, 1991). То есть все мероприятия, проводимые в больнице, объединяются в общую программу лечения, и решающим моментом терапии становится окружающая среда. Этот подход называется **терапией средой** (Coombe, 1996). Данный метод лечения основан на трех основных терапевтических принципах.

1. Ожидания персонала четко доводят до сведения пациентов. Для того чтобы побудить пациентов к соответствующей вербализации и действиям, применяется положительная и отрицательная обратная связь.

2. Пациентов поощряют участвовать в принятии решений и осуществлении всех действий, которые имеют к ним отношение. Превалируют установки ухода за собой и «сделай-это-сам».
3. Все пациенты принадлежат к социальным группам своих палат. Чувство групповой сплоченности обеспечивает пациентам поддержку и воодушевляет их, а процесс давления со стороны группы помогает контролировать свое поведение.

В терапевтической общине как можно меньше ограничивают свободу пациента, основной упор делается на том, чтобы побудить пациентов взять на себя ответственность за свое поведение и активно участвовать в лечебных программах. Открытые палаты дают пациентам возможность пользоваться двором и пристройками. Программы самоуправления возлагают на пациентов ответственность за управление своими собственными делами и жизнью своей палаты. Предполагается, что весь персонал больницы обращается с пациентами как с людьми, заслуживающими участия и вежливости. Интеракции между пациентами во время групповых терапевтических сессий, общественных мероприятий и других видах деятельности планируются таким образом, чтобы приносить терапевтическую пользу. Фактически становится очевидным, что очень часто самым благоприятным фактором терапевтической общины является именно взаимодействие пациентов друг с другом. Различия в социальной роли и личной истории могут затруднять возникновение эмпатии между персоналом и пациентами, однако всегда существуют приятели-пациенты: у них общие проблемы и неудачи, все они испытали беспокойство и унижение по поводу ярлыка психически ненормального и факта госпитализации. Таким образом, в условиях ободрения и поддержки со стороны среды между пациентами часто развиваются конструктивные взаимоотношения.

Другим успешным способом помочь пациентам взять на себя ответственность за свое собственное поведение являются программы социального научения. Обычно в этих программах для формирования более социально приемлемого поведения, используются такие принципы и техники научения, как жетонная система (см. главу 17) (Corrigan, 1995; 1997; Paul & Menditto, 1992; Paul, Stuve & Cross, 1997).

В связи с госпитализацией постоянно встает вопрос о том, что психиатрическая больница может превратиться в постоянное убежище от окружающего мира либо потому, что предлагает тотальное освобождение от требований повседневной жизни, или навязывает пациенту роль хронического больного, которая служит вечным оправданием необходимости постоянной заботы о нем окружающих. На протяжении последних 30 лет было предпринято немало усилий, направленных на то, чтобы сократить популяцию стационарных пациентов путем закрытия больниц и организовать амбулаторное лечение больных с психическими расстройствами. Эти мероприятия, получившие название деинституционализации, были начаты для того, чтобы избежать негативных переживаний, которые нередко возникали у психиатрических пациентов, когда их надолго помещали в психиатрическую больницу. Для того чтобы сконцентрировать усилия на возвращении пациентов в общину и предупредить их повторную госпитализацию, персонал больниц в наши дни устанавливает тесные связи с семьями пациентов и их общиной и информирует их о положительном прогнозе по поводу выздоровления пациента.

Расцвет биологических методов терапии, описанный в главе 16, привел к тому, что 70–90% пациентов-психотиков, находящихся в психиатрических больницах, могли быть выписаны через несколько недель или, в крайнем случае, месяцев. Согласно недавно проведенным оценкам, в Америке существует от 2 до 3 млн хронических психически больных, из которых примерно половина находится в психиатрических больницах, а остальные в интернатах или проживают в общине (Narrow et al., 1993; Regier et al., 1993).

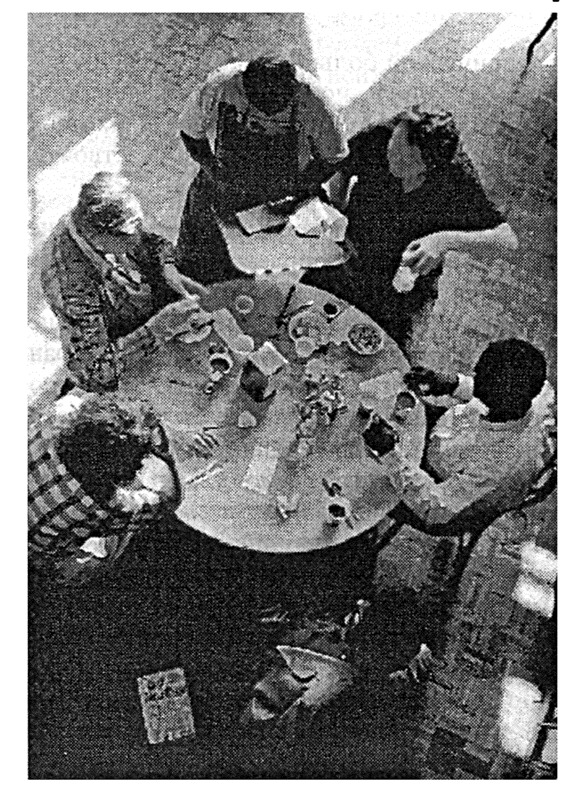
Были разработаны эффективные методы лечения даже для хронических заболеваний. В одном из самых обширных исследований хронических госпитализированных больных (Paul & Lentz, 1977) сравнивали относительную эффективность трех методов лечения.

1. Терапии средой, которая делает акцент на структурировании окружающей среды пациента и четком доведении до сведения пациента ожиданий и пытается посредством группового процесса вовлечь пациента в лечение и участие в жизни терапевтической общины.
2. Лечебной программы социального научения, которая строится на принципах научения и применении четко запрограммированной жетонной системы, с использованием персонала в качестве подкрепляющих агентов. Нежелательное поведение не получает подкрепления, тогда как накопление большого количества жетонов благодаря эффективному функционированию делает возможным получение различных благ, обычно недоступных в обычных психиатрических больницах.
3. Традиционного лечения в психиатрической больнице, которое включает фармакотерапию, трудовую терапию, терапию с помощью отдыха и различных видов деятельности, а также индивидуальную и групповую психотерапию. Эта группа пациентов не получала терапии средой и не участвовала в программах социального научения.

Осуществление проекта заняло шесть лет. На начальной фазе проводили обучение персонала, оценку пациентов и намечали основные направления. Затем следовала фаза лечения, фаза последующего ухода и последующий продолжительный (полтора года) заключительный этап. Предполагалось достичь следующих изменений: ресоциализации, заучивания новых ролей и уменьшение или устранение странностей в поведении. В каждой группе, подвергавшейся лечению, было по 28 хронических больных, страдающих шизофренией, со следующими сходными параметрами: возрастом, полом, социально-экономическим уровнем, симптомами и продолжительностью пребывания в больнице. В ходе этой работы удалось получить весьма впечатляющие результаты. И терапия средой, и программа социального научения вызывали значительное улучшение общего функционирования и приводили к более успешному итогу на момент выписки из больницы, чем традиционное больничное лечение. Однако программа социального научения бихевиоральной направленности, несомненно, превосходила более диффузную терапию средой. Об этом свидетельствует тот факт, что более 90% пациентов, выписанных после программы социального научения, постоянно проживали в своей общине, тогда как для пациентов, получавших терапию средой, этот показатель составил только 70%. Этот же показатель для пациентов, получавших традиционную терапию, был менее 50%.

Несмотря на перспективность метода жетонной системы, в котором используется принцип обмена реального мира, с которым пациент столкнется за стенами лечебного учреждения, он не получил одобрения широкой общественности (Paul & Menditto, 1992). Многие люди считают, что жестоко и негуманно ожидать, что больные люди станут управлять своим поведением в соответствии с составленным списком подкреплений. Однако в этой связи можно задать себе вопрос: а гуманно ли обрекать пациента на положение пассивного и беспомощного получателя того, что ему может предложить окружающий мир, возможности которого во многих лечебных заведениях весьма ограниченны. Разве мы мечтаем об этом, размышляя об отношениях пациента с окружающей средой? По всей вероятности, нет, особенно в свете того факта, что хронические психиатрические пациенты представляют собой группу, на удивление способную к успешной адаптации в рамках своих возможностей к контролю.

Программы последующего ухода. Даже в тех случаях, когда госпитализация успешно модифицирует неадаптивное поведение и пациент приобретает необходимые профессиональные и межличностные навыки, повторная адаптация к жизни в общине после выписки может происходить достаточно тяжело. Многие работы показали, что в прошлом до 45% пациентов, страдающих шизофренией, повторно обращались в больницу в течение года после выписки. Программы последующего ухода могут способствовать более мягкому переходу от жизни в лечебном заведении к жизни в общине и снизить количество рецидивов. Однако некоторые индивиды не способны хорошо функционировать в рамках таких программ. Было установлено (Owen, Jones et al., 1997), что клиенты, склонные заниматься неквалифицированным трудом, не являющиеся психотиками, совершившие преступление или страдающие расстройствами в течение короткого времени, менее склонны к участию в программах последующего ухода. Исследователи пришли к выводу, что многие выписавшиеся пациенты «не подходят»



Последующий уход, подобный предлагаемому данным дневным стационаром, может облегчить переход от жизни в больнице к жизни в общине.

к системе услуг, предоставляемых выписавшимся психиатрическим пациентам. Люди с менее серьезными симптомами могут потерпеть неудачу, поскольку специалисты, занимающиеся последующим уходом, считают, что они не нуждаются в предоставлении множества услуг, разработанных для пациентов с более выраженными симптомами, что говорит о том, что система охраны психического здоровья реагирует по большей части на «самое скрипучее колесо».

Последующий уход ложится на плечи общественных заведений сферы охраны общественного здоровья и их персонала, всей общины и, конечно, семьи самого пациента. Это мероприятие свою цель видит в том, чтобы гарантировать выписавшемуся пациенту, что ему помогут как можно быстрее и с минимумом проблем заново адекватно приспособиться к полноценной жизни в своем доме и общине. Иногда последующий уход включает в себя промежуточный период, во время которого пациент постепенно возвращается во внешний мир, благодаря тому, что раньше называли дневным стационаром. Лечебные программы на базе общины, которые сейчас называются программами последующего ухода, подразумевают жизнь в заведениях, которые служат домом бывшим пациентам в течение того периода, когда они возвращаются к нормальной жизни в общине. Обычно такие общинные заведения обслуживаются не персоналом психиатрических лечебных заведений, а самими жителями общины.

Существует ряд фактов, говорящих о том, что проживание в условиях общины оказывает более благоприятное воздействие на некоторых пациентов, даже находящихся в активной психотической фазе, чем пребывание в психиатрической больнице. В ходе весьма интересной программы, проведенной с группой психических больных, страдающих серьезными нарушениями, было продемонстрировано (Fairweather et al., 1969; Fairweather, 1980; Fairweather & Fegus, 1993), что эти пациенты могли жить в общине, в заведении, которое содержалось самими пациентами, и даже заниматься выгодным бизнесом в сфере услуг. На первых порах штатный сотрудник координировал повседневную деятельность «Сторожки», но потом его сменил обычный человек. Пациенты полностью отвечали за деятельность «Сторожки», самостоятельно регулировали поведение друг друга, зарабатывали деньги, делали покупки и готовили еду. Через сорок месяцев после выписки этих бывших пациентов сравнили с сопоставимой группой из 75 человек, которых выписали в то же самое время, но которые не имели за спиной опыта проживания в «Сторожке». В то время как большинство обитателей «Сторожки» могли выполнять приносящую доход работу, заниматься повседневными житейскими делами и приспосабливаться к внешнему миру, большинство пациентов, лишенных опыта группового проживания, не сумели приспособиться к жизни во внешнем мире и им потребовалась повторная госпитализация.

Аналогичные лечебные заведения на базе общины были созданы для алкоголиков, наркоманов и других людей, пытающихся заново приспособиться к жизни в общине после пребывания в лечебном заведении. Можно назвать эти общинные заведения специализированными, поскольку все обитатели обладают сходным опытом и проблемами, что, по-видимому, вносит свой вклад в высокую эффективность пребывания в таких заведениях.

Хотя у многих пациентов сохраняются проблемы с психическим здоровьем, вплоть до попыток самоубийства (Fenton, McGlashan et al., 1997), а многие натал-

киваются на проблемы, пытаясь получить поддержку общины (Fairweather, 1994), попытки лечить пациентов с тяжелыми нарушениями в общине часто оказываются очень успешными. Однако, как было отмечено в самом начале движения за лечение в рамках общины (Dennes, 1974), это требует проведения образовательных и иных мероприятий, направленных на рост в общине понимания, принятия и терпимости к людям, страдающим психическими нарушениями, которые в чем-то могут не соответствовать общинным нормам. Однако жизнеспособность этого подхода была продемонстрирована на примере Гила в Бельгии, — «города, который заботится», ранее обсуждавшегося в главе 2.

В последнее время часто раздаются критические высказывания в адрес системы охраны психического здоровья в связи с тем, что она не предоставляет адекватного последующего ухода пациентам, выписанным из больниц. Эту проблему мы обсудим в данной главе несколько позднее.

Противоречивые вопросы законодательства и люди, страдающие психическими расстройствами

Огромное количество важных проблем связано с юридическим статусом психически больных и относится к области судебной психологии или судебной психиатрии; они касаются главным образом прав людей с психическими нарушениями, а также права остальных членов общества на защиту от таких людей, и наоборот. В справке 18.3 вы найдете обзор некоторых юридических прав, которые получили люди с психическими нарушениями в течение многих лет.

В этом разделе мы коснемся вопросов, которые составляли самую суть противоречий многие годы. Сначала мы рассмотрим процедуры, связанные с принудительным препровождением в психиатрические больницы лиц с серьезными и опасными психическими нарушениями. Далее мы подробнее остановимся на оценке «опасности» больного. Также будут рассмотрены вопросы, касающиеся этой проблемы и являющиеся ключевыми для психотерапевтов, а именно: вынесенные в последнее время решения суда, согласно которым психотерапевт обязан защитить потенциальных жертв в случае угроз в их адрес со стороны пациента, даже если это означает отказ от этических и законных норм в отношении сохранения врачебной тайны. Кроме того, мы изучим противоречивую проблему ответственности душевнобольных за совершение преступлений, караемых смертной казнью, равно как и вопрос деинституционализации, который иногда называют преждевременным «вышвыриванием» психических больных в общину. Вы узнаете, что приюты для бездомных в общинах метрополий стали «паллиативной альтернативой» уходу за душевнобольными пациентами в стационаре (Haugland, Sigel et al., 1997). В разделе «Нерешенные проблемы» в конце главы мы обсудим, какое влияние оказывает организованное здравоохранение на предоставление услуг в сфере охраны психического здоровья.

Процесс препровождения в психиатрическую больницу

Люди, страдающие тяжелыми психологическими проблемами или демонстрирующие такие крайние формы поведения, что они представляют угрозу для самих себя или окружающих, могут нуждаться в принудительном помещении в лечебное заведение. Лица, совершившие преступления, независимо от того, есть у них пси-

хические нарушения или нет, сначала должны пройти через процедуры правоохранительной системы (арест, суд и в случае вынесения обвинительного приговора, отбывание заключения в пенитенциарном заведении). Людей, которых сочтут потенциально опасными вследствие их психического состояния, могут после прохождения гражданской процедуры направить в психиатрическую больницу. Этапы принудительного помещения в лечебное заведение могут несколько различаться в зависимости от законов того или иного штата (здесь в качестве модели мы будем рассматривать штат Миннесоту), возможностей общины и природы самой проблемы. Например, процессы препровождения в психиатрическую больницу человека с задержкой умственного развития и человека с проблемами, связанными со злоупотреблением алкоголем, будут сильно различаться.

Следует делать четкие различия между добровольной госпитализацией и принудительным препровождением. По большей части люди поступают в психиатрические лечебные заведения не по постановлению суда, то есть идут на добровольную госпитализацию. В этих случаях они могут, уведомив персонал, покинуть больницу по своему желанию. В тех случаях, когда человек считается опасным или неспособным самостоятельно заботиться о себе, нередко встает вопрос о необходимости его принудительного препровождения в психиатрическую больницу.

Наличие психического заболевания не служат достаточным основанием для помещения человека в психиатрическое лечебное заведение против его воли. В настоящее время в разных штатах при решении данной проблемы используются различные процедуры, однако принятию решения о принудительной госпитализации должны предшествовать несколько серьезных симптомов психического заболевания (Simon & Aaronson, 1988). Эти пациенты должны отвечать следующим критериям:

- они опасны для самих себя или окружающих;
- неспособны удовлетворять свои собственные основные физические потребности;
- неспособны принять ответственное решение о госпитализации;
- и/или они нуждаются в стационарном лечении.

В последнее время все чаще ссылаются на «опасность» как основание для принудительной госпитализации (McNeil & Binder, 1986). Обычно подача петиции о слушании дела о препровождении в психиатрическую больницу — это первый этап принудительной госпитализации человека. Петицию обычно подает заинтересованное лицо, например родственник, врач или специалист в области психического здоровья. Когда петиция подана к рассмотрению, судья назначает двух экспертов для обследования «предполагаемого пациента». В Миннесоте, например, одним из экспертов должен быть врач (не обязательно психиатр); другим может быть психиатр или психолог. Пациента просят добровольно пройти психиатрическую экспертизу до слушания дела о препровождении в психиатрическую больницу. Слушание дела должно состояться в течение 14 дней; срок может быть увеличен еще на 30 дней, если будут предъявлены веские причины для продления. Закон требует, чтобы назначенные судом эксперты опросили пациента до слушания дела.

Если человека принудительно поместят в больницу, то в течение 60 дней оттуда должно поступить извещение в суд, нуждается ли пациент в дальнейшем пребывании в лечебном заведении. Если из больницы не поступит сообщения, то пациент

должен быть выписан. Если в больнице считают, что человек нуждается в дальнейшем лечении, то принудительная госпитализация продлевается на неопределенный срок, причем периодически проводятся оценки состояния пациента.

Поскольку решение о принудительной госпитализации человека основано на мнении окружающих о его способности и потенциальной опасности его поведения, процедура препровождения в психиатрическую больницу оставляет шанс на невольное нарушение гражданских прав человека. Как следствие, в большинстве штатов приняты меры, гарантирующие, что любой человек, в отношении которого подана петиция о принудительной госпитализации, обладает определенными правами, например иметь адвоката во время слушания дела. Тем не менее в случае отсутствия времени для получения ордера суда на препровождение в психиатрическую больницу или если существует явная опасность, закон разрешает экстренную госпитализацию без формального слушания дела. В таких случаях врач должен подписать заявление, в котором говорится о наличии непосредственной опасности. В свою очередь пациент может быть задержан (обычно с помощью полиции) и содержаться в «предварительном заключении», как правило, не дольше чем на 72 часа; в этот период времени должна быть подана петиция о его принудительной госпитализации.

СПРАВКА 18.3

Защита пациентов: важные судебные решения, касающиеся прав пациента

Несколько важных судебных решений помогли установить определенные базовые права людей, страдающих психическими расстройствами, но они же и урезали эти права вследствие все еще нерешенного противоречия.

- **Право на лечение**: В 1971 году окружной суд штата Алабама принял знаменитое решение по делу Wyatt V. Stickney. Постановление утверждало, что человек, страдающий психическими заболеваниями или задержкой умственного развития, имеет право на лечение. С момента принятия этого решения штат Алабама увеличил свой бюджет на лечение психически больных и лиц с задержкой умственного развития на 300% (Winick, 1997).
- **Свобода от принудительной опеки**: В 1975 году Верховный суд Соединенных Штатов вынес решение о том, что пациенты имеют право на свободу от принудительной опеки, если они не представляют опасности для самих себя или окружающих и если могут благополучно существовать без опеки. Согласно решению Суда по делу Donaldson V. O'Connor, подсудимым пришлось выплатить Дональдсону 10 тыс. долларов за то, что они осуществляли над ним опеку, не предоставив возможности пройти лечение.
- **Право на компенсацию за работу**: В 1973 году Окружной суд Соединенных Штатов вынес решение по поводу дела Souder V. Brennan (секретарь по трудовым вопросам), согласно которому пациент, находящийся в психиатрической больнице нефедерального подчинения и выполняющий определенную работу, должен получать плату за нее согласно Закону о справедливых рабочих стандартах (Fair Labor Standards Act). Хотя в 1978 году решением Верховного суда это решение нижестоящей инстанции было частично аннулировано, в тех пунктах, которые касались больниц штатов, постановление все еще применяют для психически больных или умственно отсталых пациентов, находящихся в частных лечебных заведениях.

Принудительное помещение в психиатрическую больницу по большей части определяется тем, опасен ли человек и нужно ли его госпитализировать для того, чтобы защитить от самого себя, а равно и защитить общество от него. После помещения в больницу человек может выразить свое несогласие на лечение; с подобной ситуацией часто сталкиваются специалисты в области психического здоровья, работающие в психиатрических заведениях (Grisso & Appelbaum, 1998). Сейчас мы обратимся к вопросу оценки потенциальной опасности пациентов.

Оценка опасности

Как мы видим, хотя большинство психиатрических пациентов не считается опасными и не требует особых мер предосторожности, некоторые из них склонны к насилию и нуждаются в тщательном надзоре, а возможно, и принудительной госпитализации, до тех пор пока не будут признаны более не опасными. Некоторые психиатрические пациенты нападают или до, или во время препровождения их в психиатрическое лечебное заведение. Показатели нападений варьируют в различных заведениях, хотя во всех работах говорится, что общее количество пациентов, совершающих нападения, относительно невелико. Тем не менее эта проблема, связанная с вопросами жизни и смерти, заслуживает тщательного рассмотрения при

- **Право на проживание в общине**: В 1974 году Окружной суд Соединенных Штатов в деле Staff V. Miller решил, что выписанные из психиатрических больниц пациенты имеют право жить в «домах для взрослых» в своей общине.
- **Право на лечение, включающее в себя меньшие ограничения**: В 1975 году Окружной суд США вынес решение по делу Dixon V. Weinberger. Постановление утверждало право человека получать лечение, сопровождающееся меньшими ограничениями, чем пребывание в психиатрическом заведении.
- **Право на защиту при судебном слушании относительно меры пресечения**: Верховный суд штата Висконсин в 1976 году вынес решение по делу Memmel V. Mundy, что субъект имеет право на адвоката во время разбора дела о направлении подсудимого в психиатрическую больницу.
- **Право на отказ от лечения**: Несколько судебных решений послужили основанием к тому, чтобы несколько штатов приняли законодательные акты, позволяющие пациентам отказываться от определенных форм лечения, например электрошоковой терапии и психохирургии.
- **Необходимость препровождения в психиатрическую больницу должна подтверждаться ясными и недвусмысленными фактами**: В 1979 году Верховный Суд Соединенных Штатов вынес решение по делу Addington V. Texas, согласно которому необходимость содержания человека в лечебном заведении должна основываться на очевидных фактах.
- **Ограничение права пациента отказываться от лечения психотропными препаратами**: В 1990 году Верховный суд Соединенных Штатов вынес решение по делу Washington V. Harper, согласно которому тюрьма штата Вашингтон могла проигнорировать отказ заключенного принимать психотропные препараты, поскольку проверка показала, что права пациента при этом не ущемляются. На примере этого случая видно, что политический климат сменился и происходит отказ от преобладавшей ранее тенденции решать все дела в пользу прав пациента.

Источник: Hermann, 1990; National Association for Mental Health, 1979; Mental Health law project, 1987.

существовании *любой* возможности проявления насилия. В последнее время все больше авторов называют важным фактором предыдущую историю насильственного поведения (Bonta et al., 1998), так и некоторые классы психических расстройств. Хотя большинство людей, страдающих расстройствами, не проявляют склонности к насильственным действиям, повышенный риск насилия существует среди тех пациентов, у кого проявляются психотические симптомы (Tardiff, 1998). К заболеваниям, которые сопровождаются повышенной опасностью насильственных действий, относятся шизофрения, мании, личностные расстройства, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами и, реже, органические повреждения головного мозга и болезнь Гентингтона. Авторы одного исследования, недавно проведенного в Финляндии (Eronen, Hakola & Tiihonen, 1996), сообщают, что бывшие пациенты, которым был поставлен диагноз шизофрении, совершают убийства в 8 раз чаще, а те, у кого диагностировали асоциальное личностное расстройство или алкоголизм, — в 10 раз чаще. К насильственным действиям особенно склонны те психиатрические пациенты, которые злоупотребляют алкоголем (Steadman, Mulvey et al., 1998).

Как правило, достаточно сложно определить, что данный конкретный пациент потенциально опасен (Heilbrun, 1997). Так, 43-летний бездомный кубинский беженец, который за несколько дней до происшествия прошел психиатрическую экспертизу и был выписан из больницы, забил насмерть двух туристов на стэйтенайлендском пароме только потому, что «Бог повелел ему убивать» (Triplett, 1986). Ясно, что определение потенциальной опасности является главным суждением, которое приходится выносить специалисту в области психического здоровья, не только с терапевтической точки зрения, чтобы убедиться в правильности предложенного метода лечения, но и с точки зрения закона об ответственности специалиста перед обществом.

Оценка опасности — одно из самых важных решений, которые приходится принимать специалистам, работающим в области права и психологии; это же суждение специалистов в области психического здоровья нередко просят вынести во время разбора уголовных дел (Sigel & Kane, 1997). На клиницисте лежит ответственность попытаться защитить общество от потенциального насилия или иных проявлений неконтролируемого поведения со стороны опасных пациентов. В телевизионной программе новостей «60 минут» сообщалось о следующем драматическом происшествии, связанном с неправильной оценкой опасности пациента (Gorin, 1980, 1982).

В декабре 1979 году м-с Ева Б. была жестоко забита до смерти своим бывшим мужем в то время, как полицейский диспетчер слышал ее ужасные крики по телефону. Как раз за несколько часов до трагического происшествия м-р Б., который ранее 8 раз нападал на свою жену, был признан неопасным двумя штатными психиатрами. Он был на время выпущен, согласно программе лечения, из больницы пилигримов в Нью-Йорке. Персонал госпиталя освободил м-ра Б. от принудительного пребывания в больнице, несмотря на то что и судья и прокурор, участвовавшие в рассмотрении его дела (он пытался убить свою жену) независимо друг от друга обратились с письмами в Управление психического здоровья штата Нью-Йорк. Поскольку пациент неоднократно угрожал м-с Б., в Управлении им рекомендовали применить к м-ру Б.

строжайшие меры и принудительно содержать его в больнице. В двух предыдущих случаях м-р Б. бежал из больницы и пытался убить жену. Судья и прокурор настоятельно рекомендовали известить м-с Б., если м-ра Б. выпустят из больницы. По иронии судьбы, через 6 часов после того как женщина была убита, ей принесли телеграмму, в которой ее извещали о том, что ее муж не вернулся в больницу из отпуска.

Оглядываясь назад на произошедшее, ясно, что было ошибкой проигнорировать рекомендации суда; этот случай прекрасно иллюстрирует огромное количество трудных, но жизненно важных вопросов, связанных с попыткой идентификации или предсказания опасности психиатрических пациентов. Во-первых, он подчеркивает то, что некоторые люди способны к неконтролируемым вспышкам насильственного поведения и, следовательно, потенциально опасны, если оставить их в общине без присмотра. Он также отражает дилемму, перед которой стоит специалист в области психического здоровья, который, пытаясь обеспечить реабилитацию больного пациента и облегчая его возвращение в общество, должен продемонстрировать ему определенную степень доверия. Наконец, и это самое важное, описанный случай иллюстрирует тот факт, насколько трудно и профессионалам и неспециалистам точно оценить опасность отдельных индивидов.

Попытки предсказать опасность. Обычно очень легко определить после того, как все свершилось, что человек совершил насильственный акт (или акты) и продемонстрировал «опасное поведение». Трудности начинаются, когда приходится заблаговременно определять, собирается ли человек совершить какой-либо акт насилия; этот процесс называется оценкой степени риска (Borum, 1996). Оценить общее состояние «опасности» или то, может ли группа правонарушителей проявить опасное поведение, — это совсем не то же самое, что ответить на трудный вопрос о том, произойдет ли определенный насильственный акт. Насколько хорошо специалисты в области психического здоровья могут предсказывать совершение актов насилия? Общий ответ на этот вопрос гласит: «Не настолько хорошо, как нам хотелось бы». Есть несколько проблем, которые необходимо рассмотреть до того, как мы составим себе адекватное представление о сложности этой задачи. Прежде всего, не совсем ясно, что значит «опасный» — это в огромной степени определяется тем, кто именно задает вопрос. У некоторых людей понятие о том, какое поведение опасно, достаточно узко; и они склонны более терпимо относиться к агрессивному поведению. При этом другие люди рассматривают гораздо более широкий спектр форм поведения как потенциально опасное.

Акты насилия особенно трудно предсказывать, потому что они определяются обстоятельствами той или иной ситуации (например, тем, находится ли человек под воздействием алкоголя), а также индивидуальными особенностями личности и предрасположенностью к насилию. Конечно, невозможно предсказать хоть с какой-то степенью определенности, какие именно обстоятельства окружающей среды спровоцируют агрессию того или иного человека, предрасположенного к насилию. Одним из очевидных и существенных факторов, позволяющих предсказать риск, является история совершения насильственных действий в прошлом (Megargee, 1993), однако клиницисты не всегда в состоянии собрать соответствующую информацию.

Как уже отмечалось, некоторые типы пациентов, особенно страдающие шизофренией или манией в активной форме (Binder & McNeil, 1988) или находящиеся

в состоянии тяжелого бреда (de Pauw & Szulecka, 1988), более склонны совершать акты насилия, чем средний представитель группы душевнобольных. Мартелл и Диц (Martell & Dietz, 1992) приводят данные исследования о людях, которые толкали или пытались толкнуть ничего не подозревавших жертв, половина из которых получила серьезные ранения или погибла, попав под приближающийся поезд в нью-йоркском метро. Большинство правонарушителей, совершивших эти отвратительные преступления, к сожалению, участившееся в последние годы, в момент совершения акта насилия были бездомными и находились в психотическом состоянии. Специалисты в области психического здоровья обычно придерживаются консервативного взгляда и завышают «склонность к насилию» у пациента. Они считают некоторых индивидов более опасными, чем те есть на самом деле; таким образом, они прогнозируют процент опасных клиентов, нуждающихся в строгой изоляции, намного превышающий реальное количество индивидов, совершивших акты насилия (Megargee, 1995). Эта тенденцию, конечно, легко объяснить, если исходить из позиции практикующего специалиста, который учитывает потенциальные серьезные последствия «ложного негативного» заключения. Тем не менее не исключена возможность того, что вследствие этого многих невиновных пациентов ущемляют в их гражданских правах. Принимая во внимание то, что уровень неопределенности предсказаний насильственных актов остается неизменным, неясно, каким образом можно разрешить эту дилемму.

Методы оценки потенциальной опасности. Очень трудно оценить потенциальную возможность совершения человеком акта насилия, поскольку для исследования доступна лишь одна часть уравнения:

Личная предрасположенность + Побуждение со стороны среды = Агрессивный акт.

Как мы отмечали, психологам и психиатрам обычно неизвестны обстоятельства, с которыми пришлось столкнуться пациенту, чтобы сказать, что же именно спровоцировало агрессию. Таким образом, все предсказания об опасности делаются, главным образом, на основе особенностей личности индивида.

Двумя основными источниками информации о личности служат результаты личностных тестов и история предыдущей жизни человека. Проведение личностных тестов позволяет установить, обладает ли человек такими признаками, как враждеб-



Очень трудно предсказать наверняка, кто из людей совершит акт насилия. Специалисты в области психического здоровья обычно придерживаются консервативного взгляда на вещи и считают некоторых пациентов более склонными к насилию, чем это есть на самом деле. В то же время они обязаны вернуть пациентов, страдающих расстройствами, обратно в общество, а этот шаг иногда может привести к трагическим результатам.

ность, агрессивность, импульсивность, склонность выносить неправильные суждения. Несмотря на уже упоминавшуюся готовность практикующих специалистов предсказывать вероятность насилия на основании этих факторов, многие люди, обладающие такими характеристиками, на деле никогда не совершают актов насилия. Большую пользу в прогнозировании приносит история предыдущей жизни человека, например, совершал ли он акты агрессии ранее, произносил ли словесные угрозы, есть ли у него орудия для совершения насильственных действий, владеет ли он огнестрельным оружием. (Monahan, 1981). Однако, как и личностное тестирование, эти данные делают акцент только на индивидуальных особенностях и не учитывают ситуационные факторы, влияющие на человека, в число которых, например, может входить провокационное поведение жертвы (Megargee, 1995).

Предсказать насилие в случае, когда правонарушитель слишком сильно контролирует себя, еще сложнее. Одной из наиболее характерных черт таких индивидов является то, что до совершения акта насилия, зачастую характеризующегося чрезмерной жестокостью, агрессивное поведение у них проявляется на уровне ниже среднего. Мегарджи (Megargee, 1970) провел исследование человека со «сверхконтролируемой враждебностью», который великолепно контролировал свое поведение, но однажды, утратив контроль, напал на другого человека и убил его. Примеры подобных убийц поистине драматичны: старшеклассник, отличник учебы, исполненный чувства гражданского долга, помогающий больным и престарелым, был арестован за то, что подверг пыткам и убил трехлетнюю девочку, проживавшую по соседству. В другом случае мягкий, пассивный отец четверых детей вышел из себя, когда его обманул продавец автомобилей, и забил обманщика насмерть железным ободом колеса. Эти примеры иллюстрируют тот тип агрессивного поведения, который сложнее всего предсказать — неожиданного, импульсивного акта насилия со стороны, казалось бы, хорошо контролирующего себя и «нормального» индивида. Как бы это ни было сложно, но от специалиста в области психического здоровья очень часто требуется оценить опасность человека, представшего перед судом (Grisso & Tomkins, 1996).

Сложную проблему оценки риска или предсказания опасности можно уподобить задаче предсказания погоды. «В конце концов, цель системы предсказаний в судебной медицине ничем не отличается от службы прогнозов в метеорологии, а именно: максимально увеличить количество людей, которые предпримут надлежащие и своевременные меры безопасности для охраны своей жизни и имущества» (Monahan & Steadman, 1997, p. 937). Другими словами, обе эти службы прогнозов начинают с того, что выявляют опасное событие, а заканчивают тем, что предпринимают действия, направленные на то, чтобы избежать предсказанной проблемы.

Обязанность защищать: последствия решения по делу Тарасофф. Что следует предпринять терапевту, когда он узнает о том, что его пациент собирается причинить вред другому человеку? Может ли терапевт нарушить конфиденциальность, законодательно гарантированную терапевтическим контрактом, и предпринять действия, которые помешают пациенту совершить акт насилия? Сегодня в большинстве штатов в таких случаях терапевт не только может безнаказанно нарушить конфиденциальность, но и обязан это сделать в силу требований закона, то есть предпринять необходимые действия для защиты человека, в адрес которого высказана угроза. В оригинальной форме это требование понимают как обязанность

предостеречь предполагаемую жертву. Толчком к разработке правовой доктрины об обязанности предостерегать возможную жертву послужил судебный процесс, состоявшийся в Калифорнии в 1976 году (Tarasoff V. The Regents of the University of California et al.) (Mills, Sullivan & Eth, 1987).

В этом случае Просенжит Поддар проходил амбулаторный курс психотерапии у университетского психолога с факультета психического здоровья. Во время лечения мистер Поддар сообщил, что собирается убить свою бывшую любовницу Татьяну Тарасофф, когда она вернется с каникул. Пихолог, озабоченный высказанной угрозой, обсудил случай со своими супервизорами. Они согласились с тем, что Поддар опасен и его следует поместить под наблюдение и подвергнуть лечению. Они информировали о своем решении полицию кампуса. Поддар был допрошен в полиции и признан вменяемым. Его отпустили после того, как он пообещал оставить мисс Тарасофф в покое. В дальнейшем Поддар прервал лечение у психолога. Через две недели он убил девушку ножом. Ее родители подали иск против Калифорнийского университета и его сотрудников в связи с тем, что они не подвергли госпитализации Поддара и не смогли предупредить их дочь об угрозе ее жизни. В процессе рассмотрения дела в 1974 году Верховный суд Калифорнии вынес решение, согласно которому обвиняемые не были виновны в том, что не подвергли Поддара госпитализации; однако они были виновны в том, что не смогли предостеречь потерпевшую. По иронии судьбы, Просенжит Поддар, преступник, был освобожден после суда в связи с технической стороной дела и вернулся домой в Индию. Анализируя позднее этот случай, Напп (Knapp, 1980) писал, что суд постановил, что трудности в определении опасности не освобождают психотерапевта от попыток защитить окружающих в том случае, если существует опасность. Суд признал, что в терапевтических отношениях конфиденциальность очень важна, но, как только встает вопрос об общественной опасности, привилегированное положение занимает необходимость защиты (p. 610).

Постановление об обязанности предостерегать, известное как «Решение по делу Тарасофф», хотя и определяет ответственность терапевта в тех ситуациях, когда существует угроза жизни конкретного человека, не затрагивает остальные сферы. Например, следует ли применять это постановление, когда пациент угрожает покончить самоубийством и в чем состоят обязанности терапевта в этом случае? Что должен сделать терапевт, если объект насилия не назван, например, в ситуации, когда пациент произносит глобальные угрозы? Следует ли применять постановление об обязанности предостерегать в других штатах? Может ли разрушение отношений между терапевтом и пациентом перевешивать общественную пользу, извлекаемую из обязанности предупреждать? В ответ на требования дать разъяснения, которые раздавались в основном со стороны профессиональных организаций в сфере охраны психического здоровья, Верховный суд Калифорнии в 1976 году вынес пересмотренное решение, которое известно под названием «доктрина обязанности предупреждения». В своем решении суд постановил, что обязанностью является не просто предостеречь возможную жертву, а *защитить* ее; однако в решении ничего не говорилось о том, как именно следует исполнять эту обязанность, возможно, для того чтобы предоставить специалистам определенную свободу в выборе третьей стороны для предотвращения опасности. Однако такая свобода

влечет за собой возможность обвинений в том, что адекватная защита не была обеспечена, как это имело место в деле Тарасофф. Тем временем в других юрисдикциях были возбуждены многочисленные судебные дела, по которым были вынесены противоречивые и противоречащие друг другу приговоры (Mills et al., 1987).

Многие запутанные вопросы, поднятые делом Тарасофф, были частично решены, по крайней мере в Калифорнии, после того как в 1975 году был принят новый закон штата, в котором говорилось, что обязанность защиты выполнена, если терапевт предпринимает «разумные усилия», направленные на то, чтобы проинформировать потенциальных жертв и соответствующие правоохранительные органы о нависшей угрозе. В других юрисдикциях, однако, противоречивое судебное решение по делу Тарасовой продолжало быть источником беспокойства и путаницы в среде специалистов по психическому здоровью, многие из которых продолжали верить в незыблемость соблюдения строгой конфиденциальности в силу этических и клинических причин. Некоторые штаты, например Мэриленд и Пенсильвания, подтвердили данную точку зрения и вообще отказались от решения по делу Тарасофф (Mills et al., 1987). Официальные профессиональные этические кодексы, например кодекс Американской психологической ассоциации (1992), обычно вынуждает соглашаться с правовыми требованиями, независимо от личных пристрастий. Однако в тех случаях, когда сам закон оставляет место для неясности и двусмысленности, что нередко случается в данной области, остается большой простор для идиосинкразий и искажений в его интерпретации.

Защита ссылкой на невменяемость

Все об этом сказал рисунок в номере *Time* от 13 февраля 1992 года. Самый большой сектор отведен Джеффри Дамеру, представшему перед судом за убийство, расчленение и каннибализм 15 человек в Милуоки. В верхнем правом углу изображен Дэвид Берковиц, «Сын Сэма», который терроризировал Нью-Йорк в течение 13 месяцев в 1976–77-х годах, убил 6 человек и 7 — ранил. В нижнем правом углу — Джон Хинкли, несостоявшийся убийца президента Рональда Рейгана в 1981 году (Steadman et al., 1993, p. 1).

Всех трех бесславных людей, названных здесь, помимо их смертоносных «подвигов», объединяет то, что ни один из них по закону не был признан ответственным за свои уголовные преступления. То есть каждый попытался использовать «защиту ссылкой на невменяемость», известную также как признание «невиновным в силу невменяемости» (*NGRI plea — not guilty by reason of insanity plea*), для того чтобы избежать предписываемых законом последствий своих преступлений. Если пользоваться правовыми терминами, то эти люди обратились к древней доктрине о том, что их действия, хотя и являются виной, не подлежат нравственному осуждению, поскольку не сопровождались соответствующим (и требуемым законодательно для признания вины) сознательным намерением, в основе чего лежит предположение о том, что «невменяемость» каким-то образом предотвращает преступное намерение или освобождает от него. (См. справку 18.4, посвященную противоречивой защите ссылкой на невменяемость вследствие «отравленного» состояния рассудка или измененного состояния психики.) Какие бы правовые проблемы ни затрагивала эта доктрина, а их бесчисленное множество, — они остаются

спорными в случае Дамера и Берковица, поскольку запланированная защита ссылкой на невменяемость обычно не завершается успехом (Steadman et al., 1993).

Дело Хинкли, покушавшегося на президента Рейгана, закончилось иначе в силу целого ряда важных причин, поскольку присяжные постановили, что обвиняемый действовал, «не руководствуясь рассудком», и «невиновен по причине невменяемости». Во время судебного процесса в июне 1982 года Хинкли на этом основании был оправдан; этот вердикт немедленно вызвал шквал протестов общественности и повсеместные, часто необдуманно поспешные попытки реформировать закон, допускающий защиту ссылкой на невменяемость, таким образом, чтобы сделать его не столь привлекательной альтернативой как для преступников, совершивших преступления, караемые смертной казнью, так и для их адвокатов. Самого Хинкли поместили в секретную психиатрическую больницу, находящуюся в федеральном управлении, где он должен был находиться до полного излечения, то есть на момент выписки не представлять угрозы для себя и окружающих. До настоящего

СПРАВКА 18.4

Противоречивые признания невиновными: может ли измененное состояние психики или личности ограничить ответственность во время судебного процесса?

Если человек с психическим нарушением совершает преступление, караемое смертной казнью, должен ли он нести наказание? Может ли применение психотропных препаратов, например прозака или золофта, «отравить» разум человека в такой степени, чтобы он совершил убийство? Если убийство совершено в тот момент, когда человек пребывал под сильным седативным воздействием ксанакса или халциона, несет ли он уголовную ответственность, поскольку, независимо от своего желания, испытывал состояние интоксикации вследствие употребления препарата, выписанного специалистом? Или, если человек страдает расстройством множественной личности, а преступление совершено одной из личностей, должны ли все остальные личности страдать от последствий преступления? Эти стратегии защиты бросают серьезный вызов сегодняшней системе правосудия.

Измененные состояния сознания. Недавно рассмотренное дело, Браначчио против штата Флорида (1997), послужило прецедентом защиты в уголовных делах. Обвиняемый, юноша 16 лет, после спора с матерью вышел на прогулку, чтобы «охладиться». На прогулке он встретил прохожего, набросился на него и забил насмерть. Позднее он попытался скрыть преступление, обжег тело и опрыскал его краской (чтобы уничтожить отпечатки своих пальцев на теле жертвы). Суд признал его виновным в совершении преступления, однако позднее он подал апелляцию. Решение суда было отменено на том основании, что обвиняемый принимал золофт и страдал в результате этого психической невменяемостью. Было высказано предположение о том, что антидепрессант вызывает у некоторых людей «неожиданное и сильное возбуждение» (Grinfeld & Wellner, 1998).

Любопытно, что на недавно проходящем гражданском судебном процессе жюри присяжных не признало производителя прозака, компанию Эли Лилли, виновной в массовом убийстве, совершенном в 1989 году предположительно под действием прозака. Убийца Джозеф Весбекер, будучи в состоянии ярости (конфликт с работодателем), убил 8 человек и ранил еще 12, прежде чем покончил с собой. Выжившие в инциденте и члены семей убитых подали в суд иск против Эли Лилли, поскольку его компания производила препарат прозак, принимаемый

времени, в период написания этой книги, он продолжает принудительно пребывать в психиатрической больнице; и весьма сомнительно, что в обозримом будущем его состояние признают удовлетворительным, а его самого выпишут домой. Последнюю петицию Хинкли об освобождении отклонили, сочтя его слишком опасным для того, чтобы выписать из больницы. Освобождение его из-под надзора почти наверняка вызовет новый взрыв общественного возмущения и требований отменить или ограничить защиту ссылкой на невменяемость. По нашему мнению, взгляд на то, что все без исключения случаи защиты ссылкой на невменяемость подозрительны, заслуживает сожаления. Общественный гнев, направленный на защиту ссылкой на невменяемость, является следствием постоянных неудач ученых правоведов критически и строго изучить освобождающий от вины конструкт невменяемости и порождающую его доктрину *mens rea*.

В любом случае в последние годы использование защиты ссылкой на невменяемость в случае преступлений, караемых смертной казнью, вызывает массу споров,

убийцей и который, как предполагалось, вызвал у него «интоксикацию» и снижение контроля. После длительного судебного разбирательства жюри присяжных решило дело в пользу производителя (Fentress et al. V. Shea Communications et al., 1990).

Как правило, суд не считает измененное состояние сознания, например интоксикацию, вызванную употреблением алкоголя и наркотических веществ, достаточным основанием для защиты ссылкой на невменяемость, поскольку здесь существует проблема волеизъявления: совершивший преступление сознательно отдал предпочтение состоянию интоксикации. Однако вопрос интоксикации, вызванной лекарственными препаратами, принимаемыми с лечебной целью, добавляет новые аспекты к защите ссылкой на невменяемость, которая не была полностью разработана в судебной системе.

Измененные состояния личности. Возможно, самые причудливые противоречия, вызванные защитой ссылкой на невменяемость, связаны с расстройством множественной личности, в настоящее время известное под названием диссоциативное расстройство идентичности (ДРИ), которое, как мы увидели в главе 7, стало распространенным диагнозом в последнее время. Хотя некоторые специалисты оспаривают само существование этого заболевания, его противоречивая природа не рассматривается в правовом контексте. Этот диагноз включен в *DSM-IV* (равно как и во все предшествующие классификации), что делает его клинической реальностью для правоведов.

Общую природу данной проблемы можно сформулировать достаточно кратко: если исходить из рамок правовой системы, в значительной степени ориентированной на точное установление *индивидуальной* ответственности за содеянное, то встает вопрос: каковы границы (если они вообще существуют) возложения ответственности и санкций за нарушение закона в тех случаях, когда одно и то же физическое пространство и тело в разное время занято несколькими различными и законно признаваемыми личностями? Можно представить себе размах потенциальных нарушений закона, если перечислить лишь некоторые из уже возникших проблем.

- Кто из сосуществующих личностей уполномочен подписывать снятие денег с банковского счета?
- Распространяются ли положения и обязательство контракта, подписанного одной из сосуществующих личностей, на все остальные, независимо от их личного мнения по данному вопросу?

главным образом благодаря волнениям, которые вызвал судебный процесс по делу Хинкли (Steadman et al., 1993). Некоторые утверждают, что возражения против защиты ссылкой на невменяемость в случае совершения преступлений, караемых смертной казнью, могут отражать негативное отношение общества к душевнобольным, и существование «культуры наказания», которая вносит свой вклад в реакцию против признания невменяемым (Perlin, 1996). Существуют определенные соображения, особенно в очевидных случаях, по поводу того, что виновные (в смысле *actus rea*) подсудимые могут симулировать психическое расстройство и мошенническим способом извлечь из этого выгоду, избежав уголовной ответственности. Хорошие защитники, конечно, осознают цинизм публики в этом отношении, который, по всей видимости, разделяют и члены жюри присяжных, и пытаются обойти его разными способами, изображая своих «невменяемых, согласно документам, в момент совершения преступления» клиентов жертвами чрезвычайно ужасных и травмирующих преступлений, совершенных ранее. Некоторые из них на самом

- Распространяется ли принесение присяги, например в суде, на все личности, или каждая из них, давая показания, должна приносить присягу в индивидуальном порядке?
- В случае вынесения вердикта о виновности одной из личностей в совершении уголовного преступления, в котором не замешаны остальные личности, каким образом можно назначить справедливое наказание?
- Если ни одна из сосуществующих личностей не соответствует критериям невменяемости, будет ли разумным и правомочным объявить, что само состояние ДРИ соответствует критериям невменяемости?
- Состоялось ли изнасилование, если сосуществующие личности 26-летней женщины, вынужденной вступить в сексуальные отношения, страстно отрицают этот факт? (Этот случай действительно произошел в Висконсине в 1990 году.)
- И наконец, самая распространенная дилемма в реальной жизни: должен ли индивид, как главная личность, отвечать по закону за, скажем, преступление, караемое смертной казнью, которое, согласно фактам, совершено его второй личностью?

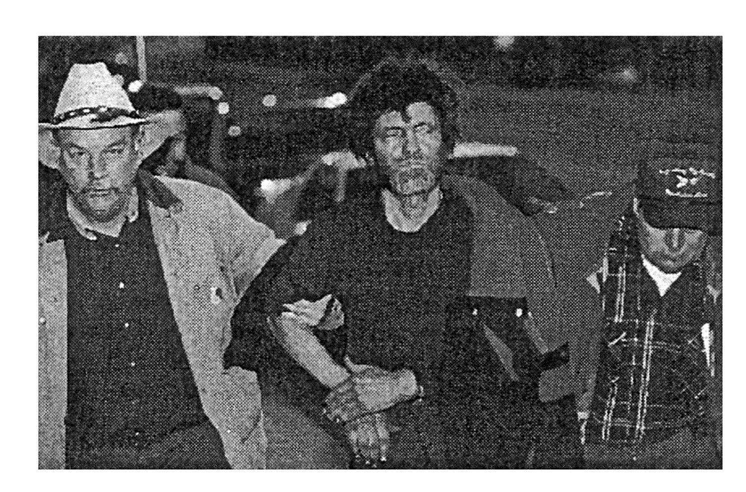
Только что упомянутые ситуации достаточно часто привлекали для защиты ссылкой на невменяемость. Обычно, как это произошло в деле хиллсайдского душителя Кеннета Бианки (признанного виновным в 12 изнасилованиях и убийствах, совершенных в Калифорнии и штате Вашингтон) или женщины, похитившей недавно новорожденного из больницы и заявившей впоследствии, что это преступление совершено другой личностью, такие попытки заканчиваются неудачей (Appelbaum & Greer, 1994). Тем не менее в единичных случаях защита ссылкой на невменяемость в сочетании с заявлением о том, что истинным преступником была другая личность человека, страдающего ДРИ, принесла свои плоды, что, например, имело место в получившем широкую огласку деле жителя Огайо Билли Миллигана, обвиненного в изнасиловании четырех женщин и заявившего, что он является хозяином десяти личностей (Нью-Йорк Таймс, от 9 мая 1994).

Законодательные увертки, инспирированные ДРИ, весьма хитроумны. Очень трудно убедить большую часть присяжных в том, что обвиняемый действовал под влиянием другой личности, совершившей преступление, и что он, следовательно, должен быть освобожден от вины и ответственности.

деле являются таковыми; но в любом случае стратегия, направленная на создание симпатии и предлагающая возможное объяснение преступления, совершенного в невменяемом состоянии, очень привлекательна. К защите ссылкой на невменяемость часто не прибегают в тех случаях, где она была бы исключительно уместна, например в двух бесспорных случаях: деле Джона Сальви (убийцы в клинике, производящей аборты) и деле Теодора Кащински (устроителя взрывов). Очевидно, что обвиняемые не хотели, чтобы на рассмотрение дела выносили вопрос об их психическом состоянии. В обоих случаях на совершение преступлений серьезное воздействие оказало тяжелое бредовое состояние (см. главу 12).

Несмотря на ряд моментов, которые делают защиту ссылкой на невменяемость весьма привлекательной, особенно если против обвиняемого существуют бесспорные доказательства, на самом деле в Соединенных Штатах к ней прибегают довольно редко — менее чем в 2% дел по поводу совершения преступлений, караемых смертной казнью (Steadman et al., 1993). Исследования, однако, подтвердили тот факт, что люди, совершившие преступления и оправданные по причине невменяемости, проводят в целом в психиатрической больнице меньше времени, чем лица, осужденные за совершенные преступления, находятся в тюрьме (Kahn & Raifman, 1981; Pasewark, Pantle & Steadman, 1982). Кроме того, сроки пребывания в психиатрической больнице для лиц, которые признаются невиновными в силу невменяемости, сильно варьируют в различных штатах. Например, в ходе одного недавно проведенного исследования (Callahan & Silver, 1998) было установлено, что в штатах Огайо и Мэриленд практически все люди, признанные невиновными вследствие невменяемости, были выписаны из психиатрических больниц в течение пяти лет, тогда как в штатах Коннектикут и Нью-Йорк гораздо сложнее добиться выписки в связи с улучшением состояния.

Вплоть до данного момента обсуждения мы достаточно свободно использовали термин «защита ссылкой на невменяемость», что абсолютно запрещается в правовой практике; сейчас мы должны более внимательно отнестись к различным юридическим нюансам, связанным с этим вопросом. Существуют следующие прецеденты, определяющие защиту ссылкой на невменяемость.



Даже в тех случаях, когда присутствуют доказательства наличия психического расстройства, как это было в деле Теда Кащински, обвиняемые могут возражать против использования защиты ссылкой на невменяемость, предпочитая не делать свое психическое состояние объектом рассмотрения судебного процесса.

1. **Правило М'Нафтена** (1843): согласно этому правилу, часто называемому «правилом различения правильного и неправильного», люди считаются вменяемыми, если в момент совершения поступка они не обладали таким дефектом рассудка (вследствие болезни сознания), который помешал бы им сознавать природу и качество своего действия, или, совершая поступок, они не знали, что поступают неправильно.
2. **Правило импульса**, которому невозможно сопротивляться (1887): Вторым прецедентом защиты ссылкой на невменяемость является доктрина «импульса, которому невозможному сопротивляться». Эта точка зрения утверждает, что люди могут не нести ответственности за свои действия, даже при условии того, что они знали, что поступают неправильно (согласно правилу М'Нафтена), если у них не было возможности выбирать между правильным и неправильным. То есть у них не было способа отказаться от совершения этого поступка, поскольку совершение поступка не зависело от их воли (Fersch, 1980).
3. **Правило Дурхэма**: В 1954 году судья Апелляционного суда Соединенных Штатов Дэвид Бэйзлон расширил защиту ссылкой на невменяемость. Д. Бэйзлон не верил, что предыдущие прецеденты позволяют успешно применять научно установленный факт психического заболевания, и предложил тест, основанный на этой информации. Согласно этому правилу, которое часто называют «тест продукта», обвиняемый «не несет уголовной ответственности, если его противоправные действия были продуктом психического заболевания или психического дефекта».
4. **Стандарт Американского института права** (1962) (*ALI*): Часто называемый «тестом на общие способности» для выявления недееспособности, этот тест сочетает в себе когнитивный аспект правила М'Нафтена и упор на волеизъявление правила импульса, которому невозможно сопротивляться, и утверждает, что обвиняемый не несет уголовной ответственности, если в момент совершения действия он, вследствие психического заболевания или дефекта, не обладал «общими способностями», необходимыми либо для понимания криминального характера своих поступков, либо для приведения своего поведения в соответствие с требованиями закона.
5. **Федеральный закон о реформировании защиты ссылкой на невменяемость** (*Federal Insanity Defense Reform Act — IDRA*): Принятый Конгрессом в 1984 году в качестве стандарта, относящегося к защите ссылкой на невменяемость, этот закон отменял элемент воли предыдущего стандарта *ALI* и изменил когнитивную часть, заменив ее на «неспособный понять»; таким образом, новая формулировка вплотную приблизилась к правилу М'Нафтена. В *IDRA* также приводится уточнение, что психическое заболевание должно быть тяжелым, а все бремя доказательств возлагается не на обвинение, а на защиту; именно защитник должен представить ясные и убедительные доказательства невменяемости обвиняемого, тогда как ранее требовалось, чтобы обвинитель ясно и убедительно продемонстрировал вменяемость подсудимого в момент совершения противоправного действия.

Кстати, этот перенос обязанностей по сбору доказательств невменяемости оказался очень популярной реформой, проведенной в большинстве штатов после протестов и обвинений в чрезмерных послаблениях, вызванных оправданием Хинкли. Подобно многим прочим реформам, проведенным в то время, она преследовала цель вынудить людей как можно реже обращаться к защите ссылкой на невменяемость, а также сделать успех таких попыток маловероятным, если к ним все-таки прибегнут. В отличие от среднестатистической реформы данные мероприятия оказали достаточно эффективное воздействие и вызвали желательные изменения в судебной практике, что подтверждает проведенный анализ литературных данных (Steadman et al., 1993).

В настоящее время большинство штатов и округ Колумбия присоединились либо к стандартам *ALI*, либо к более ограничивающему стандарту М'Нафтена. Нью-Йорк представляет собой особый случай. При определении невменяемости там используется версия М'Нафтена, сбор доказательств возлагается на защиту, но был выработан процессуальный кодекс, обеспечивающий справедливость и гарантирующий длительную и строгую принудительную госпитализацию для обвиняемых, признанных опасными; по-видимому, это дает хорошие результаты (Steadman et al., 1993). В некоторых юрисдикциях, когда подается прошение о признании невменяемости, дело подвергается досудебному рассмотрению, которое включает в себя психиатрическую экспертизу, изучение досье и оценку уголовной ответственности. В недавно проведенном исследовании 190 обвиняемых, которые подали прошение об отсутствии уголовной ответственности, были получены следующие результаты: 105 были признаны несущими уголовную ответственность; 34 человека были признаны невиновными; 8 обвиняемых по согласию обеих сторон, обвинения и защиты, были признаны невменяемыми и не несущими уголовную ответственность. В общей сложности 134 человека отозвали назад свое прошение о признании невменяемости (Janofsky, Dunn et al., 1996). В этой работе высказывается идея о том, что защита ссылкой на невменяемость является своего рода «защитой богача», поскольку в таких случаях чаще прибегают к услугам частного адвоката, а не общественного защитника.

В ходе недавно выполненной работы Сильвер (Silver, 1995) установил, что успех использования защиты ссылкой на невменяемость очень сильно варьирует в различных штатах. Кроме того, автор сообщает, что продолжительность принудительной госпитализации зависит, скорее, от тяжести совершенного преступления, а не от того, прибегнул ли обвиняемый к защите ссылкой на невменяемость. В одной недавно опубликованной работе (Cirinclone, Steadman & McGreeve, 1995) говорится, что защита ссылкой на невменяемость может закончиться успехом, если присутствует один или более из перечисленных ниже факторов:

- поставлен диагноз психического расстройства, особенно тяжелого;
- обвиняемым является женщина;
- совершено не убийство, а другое насильственное преступление;
- ранее человек находился на излечении в психиатрической больнице.

Три штата — Айдахо, Монтана и Юта — полностью отказались признать невменяемость как средство защиты при совершении противоправных действий; это

в чем-то драконовское решение, однозначность которого компенсируется отсутствием жалости. Как и ожидалось, количество прошений о признании невменяемости и на самом деле пошло на спад. Однако в Монтане одновременно с этим наблюдаются участившиеся случаи использования ссылки на «некомпетентность предстать перед судом», что по большей части освобождает от признания виновности и сводит на нет «желаемый эффект» отказа от защиты ссылкой на невменяемость (Callahan, Robbins et al., 1995).

Как мы увидели, по мере расширения диагностической классификации психических расстройств все более широкий спектр поведения можно определить как психическое заболевание или дефект. Какие же психические расстройства могут избавить обвиняемого от уголовной ответственности? Обычно, согласно правилу М'Нафтена, основой для защиты ссылкой на невменяемость служат психотические расстройства, хотя это предложение может оказаться спорным; исходя из правила Дурхэма или стандарта *ALI*, можно применить и другие заболевания, например личностное расстройство или диссоциативное расстройство.

Каким же образом тогда определяется вина или невиновность? Многие авторы полагают, что защита ссылкой на невменяемость требует от судов невозможного — определить виновность или невиновность в силу невменяемости на основании свидетельских показаний психиатра. Перлин (Perlin, 1996) в недавно опубликованной работе указал, что на самом деле по поводу вменяемости обвиняемого между экспертами обычно царит поразительное единодушие; в тех случаях, когда показания экспертов вступали в противоречия, это было вызвано тем, что обвинение и защита имели «своих собственных» психиатрических экспертов, полностью не согласных друг с другом (Fersch, 1980; Marvit, 1981).

Может оказаться, что представление о невиновности в силу невменяемости, которое в каком-то абстрактном смысле служит защитой и вполне гуманно, настолько ошибочно с концептуальной и процессуальной точек зрения, что нам придется серьезно переосмыслить данную проблему. А пока кажется вполне резонным использовать строгие стандарты в случае защиты ссылкой на невменяемость, например федеральные правила *IDRA*, а также внимательно изучить статуарные процедуры, действующие в штате Нью-Йорк (детали см. в работе: Steadman et al., 1993).

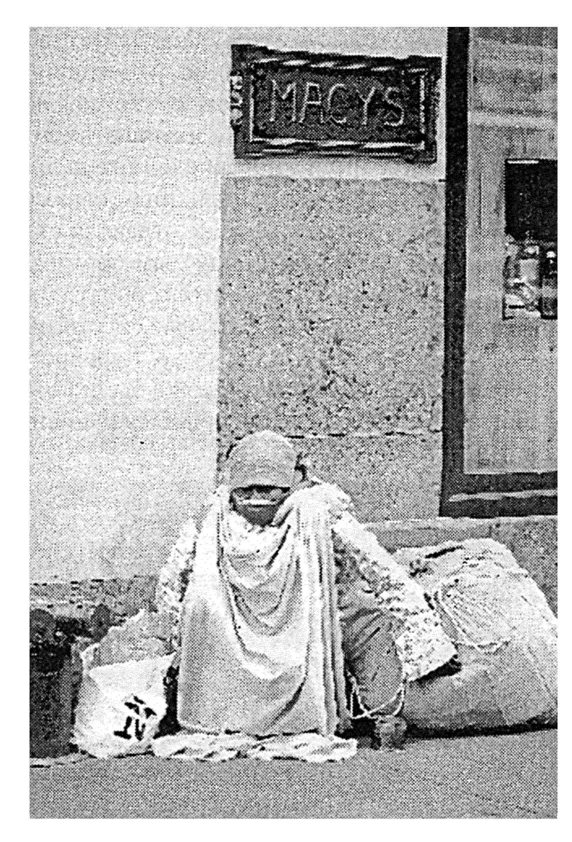
Наконец, следует отметить, что в нескольких штатах принят такой вердикт, как «виновен, но невменяем» (*GBMI*). В этих случаях обвиняемому могут вынести приговор, но поместить его в психиатрическое лечебное заведение, а не в тюрьму. Это решение, состоящее из двух частей, служит для предупреждения таких ситуаций, когда человек совершает убийство, его признают невиновным по причине невменяемости, помещают в психиатрическую больницу, персонал которой в скором времени приходит к выводу, что у него наступило выздоровление и он более не нуждается в лечении. В дальнейшем он выходит на свободу, проведя лишь минимальный срок в условиях принудительной госпитализации. В случае же решения, состоящего из двух частей, этот человек останется под надзором Управления исправительных учреждений до тех пор, пока не истечет срок его приговора. Марвит (Marvit, 1981) высказал предположение о том, что этот подход «может обеспечить реалистический баланс между защитой прав психически больного обвиняемого и потребностью общества контролировать криминальное поведение» (р. 23).

Однако в Джорджии, одном из тех штатов, которые приняли формулировку *GBMI*, таких обвиняемых приговаривают к более длительным срокам заключения, чем тех, кто подает прошение о невиновности в связи с невменяемостью и получает отказ. В общем использование стандарта *GBMI*, к которому часто прибегают при выносе приговора о признании вины, привело к противоречивым результатам (Steadman et al., 1993).

Деинституционализация

Популяция психиатрических пациентов в Соединенных Штатах значительно сократилась за последние 25 лет. С 1970 по 1992 год количество государственных психиатрических больниц уменьшилось с 310 до 273, а популяция пациентов сократилась на 70% (Witkin, Atay & Manderscheid, 1998). **Деинституционализация** — движение, участники которого выступают за закрытие психиатрических больниц и лечение людей с тяжелыми психическими расстройствами непосредственно в общине, стало источником серьезных споров и противоречий. Некоторые авторы считают, что опустошение психиатрических больниц выражает собой позитивное желание общества освободить людей, ранее томившихся взаперти, тогда как другие говорят о «вышвыривании» хронических больных в условия жестокого и сурового существования, которое нередко чревато для них бездомностью. Многие граждане также недовольны и напуганы присутствием людей с явными психическими нарушениями, бродящими по улицам рядом с их домами. Эти проблемы существуют на самом деле, но в огромной степени они обусловлены тем, что запланированные усилия общин, направленные на ликвидацию пробелов в обслуживании больных людей, никогда не проводились на достаточно эффективном уровне (Grob, 1994).

На самом деле действительно произошло значительное сокращение населения психиатрических

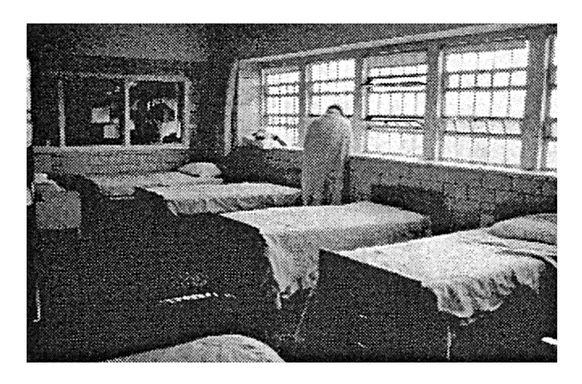


Некоторые бездомные люди, жертвы бездумной деинституционализации, страдают серьезными психическими нарушениями.

больниц штатов и округов, примерно с полумиллиона в 1950 году (Lerman, 1981) до 100 тыс. человек в 1990-х годах (Narrow et al., 1993). Эти цифры поражают еще больше, если учесть, что за это же время население Соединенных Штатов увеличилось примерно на 100 млн человек. Существует множество факторов, которые изменили за последние 40 лет паттерн обращения в психиатрические больницы и выписки из них. Как уже отмечалось в предыдущих главах, появление антипсихотических препаратов позволило многим пациентам, которые ранее должны были находиться в больнице, вернуться в общину. Наличие этих лекарств привело к тому, что многие люди поверили (и абсолютно напрасно), что с их помощью удастся справиться со всеми проблемами психического здоровья. Кроме того, изменившаяся философия лечения и желание упразднить психиатрические лечебные заведения сопровождалось верой в то, что общество хочет и финансово способно обеспечить лучшие условия лечения хронических больных непосредственно в общине, а не в крупных психиатрических больницах.

Теоретически движение за закрытие общественных психиатрических больниц должно завершиться успехом. Согласно планам, на базе общин предполагалось открыть многочисленные центры психического здоровья, где бы продолжали проводить лечение выписавшихся обитателей психиатрических больниц. Они бы получали пособие (что предположительно обошлось бы правительству дешевле, чем финансирование крупных психиатрических больниц) и медикаментозное лечение, которое позволило бы им поддерживать стабильное состояние до того, как была бы начата их дальнейшая терапия. Многие пациенты после выписки должны были вернуться домой, к своим семьям, тогда как остальных планировалось поселить в маленьких учреждениях или интернатах с семейной обстановкой.

Однако возникли многочисленные непредвиденные проблемы. У многих обитателей психиатрических больниц не оказалось дома или семьи, куда они могли бы вернуться; интернаты часто не отвечали стандартам; общинные центры психического здоровья не были должным образом оснащены и не имели достаточного финансирования для того, чтобы обслуживать хронических пациентов, главным образом потому, что в 1980-х годах сместились приоритеты в распределении национального бюджета (Humphreys & Rappaport, 1993); многие пациенты не прошли строгого отбора перед выпиской и были не готовы проживать в общине; за судьбой значительного числа выписавшихся пациентов не проследили, и они не смогли ус-



Точное количество проблем, созданных деинституционализацией, пока неизвестно, но существуют данные о том, что опустошение психиатрических больниц привело к росту численности бездомных людей. Похоже, что деинституционализация не принесет положительных результатов до тех пор, пока не удастся предоставить выписанных пациентам адекватное лечение непосредственно в общине, и до тех пор, пока не станет возможной при необходимости повторная госпитализация на короткий срок.

пешно адаптироваться к жизни за стенами больницы. На недавно состоявшемся судебном процессе (Albright V. Abington memorial hospital, 1997) был предъявлен иск больнице, персонал которой не смог обеспечить надлежащего ухода женщине с серьезными психическими нарушениями. Больная после выписки из больницы покончила жизнь самоубийством, бросившись в огонь. Толпы пациентов после выписки были обречены на гораздо более суровые, нежели в любой психиатрической больнице, условия (Westermeyer, 1987). Эту ситуацию прекрасно иллюстрирует следующий случай.

> **Разбор случая: от деинституционализации к бездомности и обратно.** Дэйв Б., 49 лет, провел 25 лет в психиатрической больнице штата. Когда больницу закрывали, многих пациентов, особенно тех, у которых наблюдался регресс или которые были агрессивными, перевели в другую больницу штата. У Дэйва была задержка умственного развития на пограничном уровне и иногда отмечались психотические эпизоды. Однако к моменту закрытия больницы у него не было галлюцинаций и его сочли «относительно здоровым». Считалось, что у Дэйва психические нарушения выражены не очень сильно, поскольку у него не было ярких проявлений психотического поведения и он не был опасным.
>
> Его выписали в интернат (по сути дела, старый отель, основную клиентуру которого составляли бывшие пациенты стационара). На первых порах Дэйв, казалось бы, прекрасно приспособился к этому заведению; он обычно сидел в своей комнате или в холле и не причинял никакого беспокойства обслуживающему персоналу. Через две недели после своего поселения он покинул отель и пропадал несколько дней. В конце концов полиция обнаружила его на городской свалке. Он прекратил принимать лекарства, вследствие чего у него произошел регресс и он впал в кататонию. Его снова поместили в психиатрическую больницу штата.

Бездомность. В начале 1980-х годах такие случаи, как тот, что произошел с Дэйвом, отмечались по всей стране. Бродяги в изобилии появлялись на улицах городов и вокзалах, и пришлось спешно расширять сеть практически всегда переполненных приютов для бездомных, которые безуспешно пытались вместить наплыв недавно выписанных пациентов. Уровень уличных преступлений резко пошел вверх, равно как и показатель смертности этих злосчастных людей, которые абсолютно не обладали ресурсами, необходимыми для выживания в суровых условиях больших городов. Вестермейер (Westermeyer, 1982a) писал:

> Пациентов вернули в общину, вооружив лекарствами, контролирующими их болезнь. Можно было контролировать худшие проявления их болезни. Но многие пациенты оказались не готовы функционировать в обществе. Они нуждались в постепенном возвращении – они нуждались в заведениях, в которых кто-нибудь мог проследить, чтобы они вовремя принимали свои лекарства, посещали психиатра, получали пищу, одежду и крышу над головой. Очень часто семьи не могут дать все это, и эти услуги невозможно получить в общине. В результате появились толпы бродяг и побирушек, психических инвалидов, живущих в заброшенных гостиницах и на опасных улицах (р. 2).

Невозможно точно оценить все последствия, порожденные деинституционализацией. Отчасти двусмысленность проистекала из недостаточно строгого надзора за дальнейшей судьбой пациентов, выписанных из психиатрических больниц. В этой области не проводилось необходимых исследований. Более того, их про-

ведение затруднялось тем, что пациенты менялись и было трудно проследить за ними в течение длительного времени. Конечно, отнюдь не все бездомные люди — бывшие пациенты психиатрических больниц, но существуют факты, свидетельствующие о том, что деинституционализация внесла существенный вклад в увеличение количества бездомных людей (Lamb, 1984) и психически больных, заключенных в тюрьме (Butterfield, 1998; Powell et al., 1997). Исследователи продемонстрировали, что по сравнению с людьми, у которых есть свой дом, среди бездомных больший процент имеет серьезные психические нарушения, что выражается в более высоких показателях госпитализации и совершения тяжких преступлений (Fischer et al., 1986). Согласно результатам совсем недавно проведенной оценки (Rossi, 1990), 33% бездомных страдают хроническими психическими заболеваниями. Сообщают (Goldfinger, Schutt et al., 1996), что 84% бездомных злоупотребляют алкоголем и различными наркотиками.

Несмотря на только что описанные проблемы, некоторые данные о выписке пациентов и их окончательном статусе говорят в пользу процесса деинституционализации (Braun et al., 1981). Однако эти же авторы делают вывод о том, что деинституционализация не ведет к успеху, если выписанным пациентам в общине не могут предоставить лечение или предоставляют его в недостаточном объеме.

Различные методы, использованные для того, чтобы помочь пациентам избежать неудач при повторной адаптации к жизни в общине, не принесли большого успеха: не снизили частоту повторных обращений в психиатрические больницы и, следовательно, не уменьшили количество пациентов, ежедневно пребывающих в лечебных заведениях штата. Тем не менее защитники процесса деинституционализации продолжают утверждать, что это наиболее подходящий метод лечения пациентов с хроническими психическими заболеваниями. Похоже, что споры вокруг деинституционализации не утихнут еще какое-то время, до тех пор пока не будут проведены более точные исследования.

Кого госпитализировать? Между тем усилия частного (в отличие от имеющего общественную финансовую поддержку) психического здравоохранения, особенно частных психиатрических больниц, направленные на ликвидацию пробелов, оставленных деинституционализацией и недостаточным финансированием общинных центров психического здоровья, не получили должного признания. Несмотря на деинституционализацию, примерно 70% всех денег, потраченных в сфере психического здравоохранения, тратится на госпитализацию, как правило, по причине острого течения болезни и на короткое время. Эти данные (Kiesler & Simpkins, 1993; Kiesler, 1993) указывают на огромные национальные инвестиции в этот относительно дорогостоящий метод лечения, которые фактически представляют собой «незаметное большинство» общих расходов на поддержание психического здоровья в масштабе всей страны. Более того, многие из этих стационарных пациентов пребывают в неспециализированных (непсихиатрических) отделениях больниц широкого профиля; поэтому вопрос, насколько успешно эти лечебные заведения могут решить проблемы психически больных, остается открытым.

В течение многих лет семьи, которые могли себе это позволить, всегда выбирали лечение в специализированных частных психиатрических больницах или специализированных психиатрических отделениях частных медицинских центров. Однако в системе психического здравоохранения произошли значительные изме-

нения, главным образом вследствие изменений в финансировании, что привело к уже описанным последствиям. В тех случаях, когда страховые компании соглашались оплатить стоимость стационарного психиатрического лечения, происходила своего рода «приватизация» системы охраны психического здоровья (Dorwart et al., 1989). Несколько крупных частных больничных корпораций в какой-то степени заполнили вакуум, образовавшийся после сокращения количества общественных психиатрических больниц, и обеспечили психиатрической помощью в условиях стационара большое количество пациентов, проходивших то или иное официальное лечение. Организации здравоохранения (*Health maintenance organizations — HMOs*) стараются ввести ограничения и на стационарное, и на амбулаторное лечение (см. раздел «Нерешенные вопросы» в конце этой главы). Демографическая структура популяции стационарных больных сместилась в сторону более обеспеченных социально-экономических групп, то есть тех, у кого есть страховка, покрывающая пребывание в психиатрической больнице. Поскольку психические расстройства зачастую носят хронический характер, страховка этого типа обычно очень дорогая (и, следовательно, отпугивает работодателей) и недоступна многим менее состоятельным людям и семьям. Учитывая дальнейшее сокращение числа общественных психиатрических лечебных заведений, возникает вопрос: куда идти людям с психическими расстройствами? Некоторые из них, как мы видели, оказываются на улице.

Еще одним направлением развития лечения хронических пациентов, страдающих психическими расстройствами, является рост и расширение сети частных интернатов, главным образом для пожилых людей, страдающих психическими расстройствами. Поскольку деинституционализация привела к росту численности выписанных психиатрических пациентов в общине, появляется все больше альтернативных лечебных заведений, предоставляющих свои услуги тем, кто нуждается в продолжении лечения (Morlock, 1989). Это расширение сети заведений для пожилых людей стало возможным благодаря финансовой поддержке со стороны страхового фонда *Medicare*. Интернаты стали самыми крупными заведениями для лечения хронических больных, страдающих психическими расстройствами. В настоящее время лица с психическими заболеваниями составляют 51% населения интернатов (Goldman, Feder & Scanlon, 1986).

Федеральное правительство упорно пытается решить проблему чудовищных расходов, необходимых для обеспечения всех граждан адекватной и универсальной медицинской страховкой. В значительной степени эта проблема необходимости реформирования системы здравоохранения связана с растущими финансовыми затратами на госпитализацию, которые, по мнению многих специалистов, вышли из-под контроля. В настоящий момент необходимо понять, получит ли сектор охраны психического здоровья хоть что-либо, если необходимые изменения будут поддержаны Конгрессом. Очень важно, что существует вероятность того, что в вопросах психических расстройств и злоупотребления алкоголем и наркотиками стали слишком часто прибегать к госпитализации в частные больницы, пренебрегая менее дорогостоящими, но по меньшей мере столь же эффективными способами вмешательства (например, амбулаторным лечением) (Kiesler, 1993; Kiesler & Simpkins, 1993; VandenBos, 1993). Возможной альтернативой пребыванию в стационаре может стать расширение мероприятий по профилактическому вмешательству и реабилитационной психотерапии (VandenBos, 1993).

Организованные усилия, направленные на охрану психического здоровья

Осознание широкой общественностью глубины и серьезности проблем, с которыми сегодня столкнулось система охраны психического здоровья, а также интерес со стороны правительственных, профессиональных и общественных организаций, послужили толчком к созданию программ, направленных на более глубокое понимание, более эффективное лечение и широкий спектр профилактических мер. Усилия, направленные на улучшение охраны психического здоровья, совершаются не только в Соединенных Штатах, но и в других странах; они включают в себя деятельность как международных, так и национальных и местных организаций.

Усилия по охране психического здоровья в Соединенных Штатах

В Соединенных Штатах основная ответственность за борьбу с психическими расстройствами в первую очередь была возложена на штаты и местные организации. Однако во время Второй мировой войны распространение психических расстройств в стране привлекло внимание широкой общественности: в частности, выяснилось, что большое количество молодых людей (два призывника из семи) были признаны негодными к военной службе по причине своего психического состояния. Это явление повлекло за собой организацию самых разнообразных мер, направленных на то, чтобы решить проблему здоровья нации.

Федеральное правительство и охрана психического здоровья. В 1946 году, осознав необходимость увеличить исследования, обучение и предоставление услуг в сфере охраны психического здоровья, Конгресс издал первый законопроект об охране психического здоровья — Национальный закон о психическом здоровье (*National mental health Act*), который заложил основы программам федерального правительства в 1950-х и 1960-х годах.

Законопроект предусматривал создание в 1946 году Национального института психического здоровья (*NIMH*) в Вашингтоне. Это учреждение должно было стать центральным исследовательским и образовательным центром и штаб-квартирой для проведения программы выделения стипендий, которые предполагалось израсходовать на исследования и обучение в масштабе всей страны, а также на то, чтобы помочь местным общинам и штатам создать и улучшить свою собственную службу здравоохранения. В 1956 году Институт психического здоровья получил дополнительные полномочия. В статье V Поправок к закону о здоровье Конгресс поручил Институту «выделение грантов на проекты в области психического здоровья» для осуществления экспериментальных исследований, пилотажных проектов, опросов и исследовательских работ общего направления, связанных с пониманием природы, оценкой, лечением психических заболеваний и последующим уходом. Сегодня Национальный институт психического здоровья обладает статусом отдельного института в сети Национальных институтов здоровья и входит в систему Управления здоровья и социальными службами (*Department of health and human services*).

Институт психического здоровья проводит и финансирует исследования биологических, психолого-социальных и социокультурных аспектов психических расстройств; финансирует обучение профессионального персонала и волонтеров в области психического здоровья; помогает общинам планировать, разрабатывать и

проводить более эффективные программы по охране психического здоровья и предоставляет информацию, касающуюся вопросов психического здоровья, широкой публике и научному сообществу. Два родственных института — Национальный институт злоупотребления алкоголем и алкоголизма (*NIAAA*) и Национальный институт злоупотребления наркотиками (*NIDA*) — выполняют сходные функции в этих более специализированных областях.

Федеральное правительство играет руководящую роль и оказывает финансовую поддержку, однако планируют и осуществляют большинство программ НИПЗ организации штатов и местного уровня. Кроме того, штаты создают, обеспечивают работу и контролируют свои собственные психиатрические больницы и клиники; как следствие, штаты сильно различаются по тому, насколько ответственно они относятся к этой работе. Благодаря своему законодательству, многие штаты выступают пионерами в области предоставления услуг в сфере охраны психического здоровья: они создают общинные центры психического здоровья, предоставляют на уровне общины услуги по реабилитации бывших пациентов, открывают учреждения для борьбы с алкоголизмом, употреблением наркотиков и решения иных специфических проблем в области психического здоровья. Проект «Нортланд», описанный выше, — одна из таких программ. В 1980-е годы федеральное финансирование программ по охране психического здоровья сильно уменьшилось. Власти штатов и местные власти, которые, как предполагалось, возьмут на себя основные расходы по организации работы в области психического здоровья, в большинстве случаев оказались не в состоянии финансировать программы и учреждения на уровне 1960-х и 1970-х годов. В результате многие программы обучения, исследований и предоставления услуг были сильно сокращены или вообще закрыты, хотя потребность в них непрерывно увеличивалась. Что касается будущего, то, как уже отмечалось, нет никакой определенности по поводу того, будут ли включены проблемы психического здоровья в пересмотренную политику национального здравоохранения.

Профессиональные организации и психическое здоровье. В области охраны психического здоровья существует множество национальных профессиональных организаций. Здесь необходимо упомянуть Американскую психологическую ассоциацию (*APA*), Американское психологическое общество (*APS*), Американскую психиатрическую ассоциацию (*APA*), Американскую медицинскую ассоциацию (*AMA*), Ассоциацию развития поведенческой терапии (*AABT*) и Американскую ассоциацию социальных работников.

К наиболее важным функциям этих организаций относятся установление и сохранение высоких профессиональных и этических стандартов в данной конкретной области. Эта функция может включать в себя: 1) выработку и контроль за требованиями к обучению специалистов и волонтеров; 2) установление стандартов и процедур, необходимых для аккредитации программ обучения студентов старших курсов и аспирантов; 3) установление стандартов аккредитации клиник, больниц и прочих учреждений, занимающихся обслуживанием населения, а также проверка того, насколько точно соблюдаются эти стандарты; 4) расследование поступивших заявлений о случаях неэтичного или непрофессионального поведения и принятие необходимых дисциплинарных мер.

Вторая ключевая функция этих профессиональных организаций — обеспечение коммуникации и информационного обмена в данной области посредством

встреч, симпозиумов рабочих совещаний, курсов повышения квалификации, издания профессиональных и научных журналов. Помимо этого, все эти организации выступают спонсорами общеобразовательных программ, которые призваны способствовать профессиональным интересам, привлекать внимание к нуждам службы охраны психического здоровья, а также побуждать студентов выбрать свою карьеру именно в этой области.

Третьей основной функцией профессиональных организаций, которая привлекает все больше внимания, является применение психологических теорий и методов к решению современных социальных проблем, например объединению национальных и местных правительственных учреждений для оказания помощи бездомным. Профессиональным организациям в этом случае принадлежит уникальное место консультантов по проблемам и программам в сфере охраны психического здоровья.

Роль добровольческих организаций и учреждений. Хотя специалисты и профессиональные организации могут дать технический ответ эксперта на вопросы, связанные с психическим здоровьем и осуществлением соответствующих программ, истинный прогресс в планировании и проведении этих программ должны обеспечивать информированные и заинтересованные граждане. Несомненно, неоднократно абсолютно правильно отмечалось, что это — прямая задача неспециалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья.

Среди многочисленных добровольческих организаций особое место занимает Национальная ассоциация психического здоровья (*NAMH*). Организация была основана в 1909 г. Клиффордом Бирсом, а затем расширилась за счет слияния с Национальным комитетом психической гигиены, Национальным фондом психического здоровья и Психиатрическим фондом; затем в 1962 году произошло дальнейшее слияние с Организацией по делам психически больных детей. Посредством национального правления и 330 местных филиалов *NAMH* осуществляет работы по улучшению обслуживания в общинных клиниках и психиатрических больницах; она помогает набирать, обучать и распределять на работу по лечению и последующему уходу волонтеров; данная организация занимается просветительской деятельностью в области вопросов законодательства, касающихся охраны психического здоровья, и удовлетворяет потребности лечебных заведений и их персонала. Она также осуществляет специальные образовательные программы, направленные на привитие навыков позитивного душевного состояния и помогает людям понять, в чем же состоит суть психических расстройств. Кроме того, Национальная ассоциация психического здоровья участвовала в рассмотрении многих дел, связанных с нарушением прав пациентов (NAMH, 1997). В нескольких случаях *NAMH* выступила спонсором рассмотрения дела, или *amicus curiae* (другом суда), пытаясь отстаивать права психически больных пациентов на лечение, на освобождение от принудительной госпитализации, на свободу жить в общине и на соблюдение конфиденциальности.

Национальная ассоциация граждан с задержкой умственного развития (*NARC*) выступает с аналогичной программой; ее усилия направлены на то, чтобы уменьшить частотность задержек умственного развития, подыскивать для умственно отсталых граждан общинные лечебные центры и интернаты, обеспечивать их необходимыми услугами; проводить образовательные программы, нацеленные на то, чтобы граждане лучше понимали проблемы индивидов с задержкой умственного

развития; способствовать принятию законодательных актов в пользу умственно отсталых граждан. *NARC* также поощряет научные исследования отставания в умственном развитии, прием на работу и обучение волонтеров, а также программы мероприятий, проводимых в рамках общины.

Для того чтобы эти и другие добровольческие организации, например Общество анонимных алкоголиков или Национальный союз людей, страдающих психическими заболеваниями (*NAMI*), могли успешно решать свои задачи, они нуждаются в поддержке понимающих и заинтересованных граждан.

Ресурсы психического здоровья на частных промышленных предприятиях. Личные проблемы — супружеские проблемы или прочие семейные неурядицы, злоупотребление алкоголем или наркотиками, финансовые осложнения или стресс, вызванный работой, — могут оказать отрицательное воздействие на настроение и производительность работника. Психологические трудности работника могут породить многочисленные проблемы: прогулы, склонность к травматизму, низкую производительность труда и частую смену работы. Национальный Институт профессиональной безопасности и здоровья (*NIOSH*) признает психологические расстройства одной из десяти основных проблем, связанных со здоровьем (Miller, 1990), и связанные с работой факторы риска для психического здоровья могут возрастать по мере изменений в экономике, технологии и демографических факторах рабочей силы (Sauter, Murphy & Hurrell, 1990). Сегодня, в связи с тем что прошел Закон об американцах-инвалидах, люди с психиатрическими проблемами не могут подвергаться дискриминации при приеме на работу. Работодателей поощряют менять при необходимости условия труда таким образом, чтобы они отвечали требованиям людей с психическими нарушениями. Хотя работодатели часто возражают, заявляя, что нанимать на работу людей с психическими нарушениями оказывается слишком дорого, общество в целом может извлечь огромную выгоду из интеграции людей с психическими дефектами, но в то же время обладающих необходимыми навыками для производительного труда (Kramer, 1998).

С целью идентификации специфических факторов риска для психического здоровья на работе необходимо провести дополнительные исследования. Однако уже сейчас есть данные (см., например: Sauter et al., 1990), позволяющие предположить существование неизвестных серьезных проблем, проистекающих из следующего распорядка работы и ее условий.

1. Рабочая нагрузка и темп работы: здесь критическим фактором служит степень контроля рабочего над темпом работы, а не требования к результату работы *per se*. Механическая работа по сборке на конвейере может быть особенно опасной для психического здоровья.
2. Рабочее расписание: скользящий график и ночные смены связаны с повышенным риском возникновения психологических трудностей.
3. Ролевые стрессоры: ролевая неопределенность (например, кто за что отвечает), типичная для многих рабочих ситуаций, оказывает негативное влияние на душевное и физическое здоровье, равно как и ролевой конфликт (несовместимость ролевых требований).
4. Факторы безопасности карьеры: отсутствие чувства безопасности, связанное с будущей работой или старостью, продвижение по карьерной лестнице, по-

ощрение раннего выхода на пенсию негативно влияют на душевное и физическое здоровье.

5. Межличностные отношения: плохие отношения и отсутствие поддержки среди коллег по работе существенно повышает риск развития отрицательных психологических реакций.
6. Содержание работы: неудовлетворенность работой и плохое психическое здоровье связаны с выполнением фрагментарных, узко специализированных, однообразных заданий, которые оставляют мало простора для творчества и чувства причастности к изготовлению конечного продукта.

Многие корпорации давно поняли, насколько важно психическое здоровье персонала и создание на рабочем месте факторов, укрепляющих его, хотя лишь в последнее время можно видеть, что они действуют, исходя из этих знаний. Сегодня многие компании расширили свои обязательства перед работниками и предоставляют им широкий спектр психологических услуг. Эти программы часто называются программами помощи работникам (*EAPs*); благодаря таким программам крупные корпорации могут предоставлять услуги по укреплению психического здоровья своим работникам и членам их семей. В общем работодатели начинают считать рабочий распорядок и условия на рабочем месте дополнительными средствами оптимизации психического здоровья рабочих.

Международные усилия в области охраны психического здоровья

Несомненно, душевное здоровье — одна из главных проблем не только в Соединенных Штатах, но и в остальных странах. Действительно, многие неблагоприятные условия, имеющие место в Америке и касающиеся причин и лечения психических расстройств, во много крат сильнее выражены в более бедных странах или странах с репрессивными режимами. Серьезность проблемы психического здоровья в мире великолепно прослеживается в оценках Всемирной организации здравоохранения, согласно которым во всем мире психическими расстройствами страдают более 200 млн человек. Признание серьезности этой проблемы привело к созданию нескольких международных организаций в конце Второй мировой войны.

Здесь мы кратко расскажем о Всемирной организации здравоохранения и Всемирной федерации психического здоровья.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) всегда отчетливо осознавала тесную взаимосвязь физических, психосоциальных и социокультурных факторов — влияние быстрых изменений и социальных катаклизмов на физическое и психическое здоровье; невозможность прогресса в сфере душевного здоровья в обществах, где огромная часть населения страдает от плохого питания, паразитов и болезней; частые психологические и культурные барьеры, препятствующие успеху программ планирования семьи и здоровья нации.

ВОЗ была образована после Второй мировой войны в составе ООН и сначала занималась в основном соматическими болезнями; благодаря ее усилиям удалось добиться поразительных успехов в борьбе с таким древним бичом, как оспа и малярия. Со временем страны, входящие в ВОЗ, заинтересовались и вопросами психического здоровья. В настоящее время программа ВОЗ рассматривает проблемы психического здоровья в контексте общего развития здравоохранения и социально-

экономического подъема, которого должны добиться страны–члены ВОЗ (World health organization, 1997).

Штаб-квартира ВОЗ располагается в Женеве, а региональные представительства есть в Африке, Северной и Южной Америке, Европе, Восточном Средиземноморье и западных островах Тихого океана. Следовательно, ее деятельность охватывает районы, различающиеся по условиям физической окружающей среды, типу социальной организации и возможностям охраны психического здоровья. ВОЗ приступает к работе только по приглашению страны, помогает определить основные потребности здравоохранения в каждой стране и сотрудничает с местными властями, оказывая помощь в планировании и проведении наиболее полезных и подходящих программ. При возможности ВОЗ старается оказывать свои услуги в течение нескольких лет, для того чтобы убедиться в долговечности и успехе предпринятых мер.

Еще одним важным вкладом, сделанным ВОЗ, стала разработанная ей Международная классификация болезней (МКБ), которая позволяет клиницистам и исследователям различных стран использовать одинаковый набор диагностических категорий. Как мы узнали из главы 1, классификация *DSM*-IV Американской психиатрической ассоциации была скоординирована с классификацией ВОЗ МКБ-10 (Sartorius et al., 1993).

Всемирная Федерация психического здоровья была создана в 1948 году как международный конгресс неправительственных организаций и людей, озабоченных вопросами психического здоровья. Свою цель она видит в укреплении международного сотрудничества между правительственными и неправительственными учреждениями в сфере охраны психического здоровья; сейчас членами этой Федерации являются более 50 стран. Федерация получила статус консультативного органа от ВОЗ; она оказывает помощь ООН в сборе информации о ситуации с охраной психического здоровья во всем мире (World health organization, 1997).

Сейчас мы только что схематично обозначили проблему, вызванную путаницей местных, национальных и международных мероприятий, предпринимаемых в области охраны психического здоровья. Попытки решения этой проблемы, несомненно, будут продолжены. Более того, мы станем свидетелями раскрытия причин все большего количества психических проблем, открытия новых методов лечения и профилактики заболеваний на научной основе. В 1990-е годы мы уже увидели поразительную открытость и падение границ, которые ранее казались непреодолимыми. Наряду с ростом обмена идеями и сотрудничества мы ожидаем увидеть рост сотрудничества в сфере охраны психического здоровья. Уменьшение напряжения в мире и рост международного сотрудничества в области науки и здравоохранения способствуют обмену информацией и мнениями по поводу охраны психического здоровья.

Задачи будущего

Средства массовой информации каждый день показывают нам горькую правду: нам придется пройти долгий путь, прежде чем наши мечты о лучшем мире воплотятся в жизнь. Многие люди сомневаются, что Соединенные Штаты или любая другая технологически развитая страна смогут добиться того, чтобы бóльшая часть их граждан была психически здоровой в настоящее время. Проблемы расизма,

нищеты, насилия среди молодежи, терроризма, высокой смертности населения стран третьего мира и многие другие, вносящие свой вклад в развитие психических заболеваний, иногда кажутся непреодолимыми.

Косвенно или прямо, нас волнуют проблемы других стран. Нестабильность мировой экономики и возможность разрушения жизнеобеспечивающей системы нашей планеты порождают тревогу по поводу будущего. Огромные ресурсы, которые мы за последние полвека потратили на военные программы, для того чтобы защититься от воображаемой угрозы, поглотили колоссальные деньги и энергию, которые можно было бы израсходовать на удовлетворение человеческих и социальных нужд как в самих Соединенных Штатах, так и во всем мире. Ограничение ресурсов, которые мы сейчас хотим потратить для решения проблем психического здоровья, мешает нам бороться со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, бездомностью, распадом семей и убогими условиями жизни многих людей.

Необходимость планирования

Кажется несомненным тот факт, что, если мы собираемся уменьшить или уничтожить проблемы, связанные с психическим здоровьем, необходимо проводить более эффективное планирование на общинном, национальном и международном уровнях. Нам придется решить много задач, если мы хотим создать лучший мир для самих себя и будущих поколений. Не ослабляя усилий по удовлетворению потребностей нашей страны, нам, возможно, придется принять более широкое участие в международных мероприятиях, направленных на снижение напряженных отношений, охрану психического здоровья и построение лучшего мира на всей нашей планете. В то же время мы вправе ожидать, что меры, направленные на прекращение международных конфликтов и улучшение условий жизни всего человечества, внесут свой вклад в социальный прогресс и психическое здоровье нашей собственной нации. И те и другие мероприятия потребуют понимания и моральных усилий заинтересованных людей.

В нашей стране, равно как и во всех остальных странах индустриального мира, прогресс в увеличении продолжительности жизни породил проблемы, связанные с распространением заболеваний, ассоциированных с преклонным возрастом, главным образом различных деменций, например болезни Альцгеймера. Как уже отмечалось в главе 13, в настоящее время нет никаких гарантий того, что нам удастся найти способ устранить или остановить эту угрозу до того, как она захлестнет нас, учитывая, сколько ныне живущих людей уже страдают этими заболеваниями. Планирование и подготовка — наша единственная надежда предупредить потенциальную катастрофу беспрецедентного, но предсказуемого размаха; мы должны начать.

Вклад индивида

> Каждый человек может что-то изменить и каждому следует попытаться сделать это.
>
> *Джон Ф. Кеннеди*

История анормальной психологии дает яркие примеры людей, чьи усилия смогли изменить отношение к проблеме. Вспомните, что Пинель сбросил оковы, Доротея Дикс организовала движение за улучшение условий в психиатрических больницах,

а Клиффорд Бирс стал вдохновителем современного движения за охрану психического здоровья, написав автобиографическую книгу о своем собственном опыте психического заболевания. Кто возглавит следующую революцию в охране психического здоровья, пока неизвестно. Ясно одно — огромную роль в ней сыграют индивидуальные усилия одного человека.

Когда студенты осознают огромный спектр проблем, связанных с психическим здоровьем, как национальных, так и международных, и узнают об удручающе неадекватных возможностях, существующих для их решения, они часто задают вопрос: что я могу сделать? Хотелось бы предложить несколько перспективных направлений действий, которые могли бы выбрать заинтересованные студенты.

В сфере психического здоровья существуют широкие возможности для квалифицированного персонала, как профессионалов, так и волонтеров. Социальная работа, клиническая психология, психиатрия и другие профессии в этой сфере предлагают такую награду, как чувство удовлетворения своей работой. Кроме того, многие профессии, начиная от работы в правоохранительных органах и заканчивая преподаванием и деятельностью священника, могут и на самом деле играют ключевые роли в сохранении психического здоровья и благополучия многих людей. Обучение любой из этих профессий обычно позволяет человеку работать в общинных клиниках и аналогичных заведениях, приобрести опыт в понимании потребностей и проблем людей и познакомиться с возможностями общины.

Люди могут найти много способов поступления на такую службу, если они знакомы с национальными и международными возможностями и программами или если затратят усилия на то, чтобы изучить особые потребности и проблемы общины. Кем бы они ни были в жизни — студентом, учителем, полицейским, адвокатом, домохозяйкой, делопроизводителем или профсоюзным деятелем — на карту поставлены их интересы. Ибо, хотя психическое здоровье нации может проявляться многими способами — в ее целях, мужестве, моральной ответственности, научных и культурных достижениях и качестве повседневной жизни, — ее здоровье и ресурсы определяются людьми, составляющими эту нацию. В условиях демократического государства именно люди планируют и выполняют национальные задачи.

Помимо взятия на себя ответственности за психическое здоровье окружающих посредством улучшения качества наших собственных межличностных отношений, существует еще несколько конструктивных способов действия, доступных для любого человека; к ним относятся: 1) работа волонтером в психиатрической больнице, общинном центре психического здоровья или обслуживающей организации; 2) участие в практических мероприятиях, предоставляющих услуги здравоохранения людям всех возрастных групп; 3) работа по улучшению общественного образования, выборы ответственного правительства, борьба с групповыми предрассудками и построение более здорового и гармоничного мира.

Любой из нас заинтересован в психическом здоровье в силу как личных, так и альтруистических причин, поскольку все мы хотим справиться с угрожающими проблемами современности и обрести счастье в осмысленной и наполненной жизни. Чтобы достичь этого, иногда нам приходится собрать все свое мужество и признать, что мы не в состоянии справиться с проблемами, которые обрушиваются на нас. Когда существование кажется бессмысленным или слишком тяжелым, иног-

да бывает полезно напомнить себе следующие основные факты, на которых мы делали акцент на протяжении всей этой книги: время от времени каждому из нас становится трудно справляться с жизненными проблемами. Во время кризисных периодов нам может потребоваться психологическая помощь. Такие трудности отнюдь не позор; это может случиться с каждым, если переживаемый стресс достаточно силен. Раннее обнаружение и коррекция неадаптивного поведения играют исключительно важную роль в профилактике развития более тяжелых или хронических состояний. Профилактические меры — первичные, вторичные и третичные — самый эффективный долгосрочный подход к решению как индивидуальных, так и групповых проблем психического здоровья.

Исключительно важно признавать эти факты, поскольку статистика говорит, что практически всем из нас в какой-то момент жизни (с. 716) пришлось столкнуться либо с собственным неадаптивным поведением, либо с его проявлениями у близких людей. Нашу взаимную зависимость друг от друга и глубину потери, индивидуальной и коллективной, которую испытываем мы все, когда кому-то не удается раскрыть свои возможности, прекрасно выражают известные строки Джона Донна: «Нет человека, который был бы как остров, сам по себе, каждый человек есть часть материка, часть суши; и если волной снесет в море береговой утес, меньше станет Европа, и так же, если смоет край мыса или разрушит замок твой или друга твоего; смерть каждого человека умаляет и меня, ибо я един со всем человечеством, а потому не спрашивай никогда, по ком звонит колокол: он звонит по тебе».

Нерешенные проблемы:

Кризис охраны психического здоровья

Примерно один из трех американцев страдает от психологических проблем, которые дают основание поставить ему (или ей) психиатрический диагноз (Regier et al., 1988); а один из пяти, имеющих психические расстройства, проходит лечение (Castro, 1993). Согласно проведенным оценкам, примерно четверть всех койко-дней в Америке приходится на лечение психиатрических заболеваний (Kiesler & Sibulkin, 1987). В настоящее время расходы на здравоохранение растут быстрее, чем на любую другую отрасль американской экономики (Resnick & DeLeon, 1995). Некоторые производства тратят все заработанное на заботу о здоровье своих работников (O'Conner, 1996). На протяжении последних десяти лет расходы на здравоохранение взлетели вверх, поскольку ежегодно на 30% людей больше прибегает к его услугам (Giles, 1993). Как мы узнали из этой главы, лечение психических расстройств важно как для профилактики, так и для облегчения течения болезни. Тем не менее сегодняшний кризис здравоохранения означает, что стало труднее получить соответствующее лечение, а расходы на него возмещают реже.

Реагируя на сложившуюся ситуацию, администраторы системы здравоохранения разработали широкий спектр программ, пытаясь предложить услуги по доступным для населения ценам. **Организованное здравоохранение** — это система корпораций, обеспечивающая обслуживание определенных групп населения больницами, врачами и другими специалистами (Resnick et al., 1994). Организованное здравоохранение — это попытка предложить услуги по более низким ценам, путем

ограничения традиционных услуг, использования более строгого контроля и более дешевого краткосрочного лечения (Glazer & Gray, 1996). Эта система реализуется через маркетинговые планы здравоохранения, рассчитанные на работодателей или отдельных граждан. Заплатив предварительно фиксированный взнос, работодатели и отдельные люди подписываются на получение услуг от медицинской компании или **организаций здравоохранения (ОЗ)**, что дает им право на получение плановой медицинской помощи (Resnick et al., 1994). Эти программы формируют штат на базе комитетов специалистов, которые в состоянии оказывать широкий спектр эфективных и действенных услуг (Cummings, 1995). Некоторые ОЗ, называемые системой открытых комитетов, позволяют пациентам самим выбирать специалистов, предоставляющих услуги, а также предусматривают участие любого профессионала из общины. Однако большинство ОЗ являются закрытыми системами, ограничивающими выбор поставщиков услуг. Размер пособий варьирует в зависимости от плана и обычно подразумевает определенные ограничения выплат или максимального количества предоставляемого ухода и услуг. С целью сохранения низких цен ОЗ работают по принципу исчислений, производимых «с головы»; при этом методе оплаты поставщик медицинских услуг по контракту обязуется предоставить все медицинские услуги, требующиеся населению, по фиксированной цене на одного зарегистрированного члена или работника (Richardson & Austad, 1994). ОЗ подразумевают определенный риск, но исчисления «с головы» позволяют получить большую выгоду, если взносы подписчиков будут выше, чем стоимость предоставленных медицинских услуг.

Лечение психических расстройств: кто решает, каким именно оно должно быть и как долго продолжаться?

С целью уменьшения расходов на здравоохранение учреждения организованного здравоохранения договариваются о снижении цены непосредственно с поставщиком медицинских услуг. Затем поставщик подает счет организации здравоохранения о потраченном времени, и ОЗ может получить дешевые услуги от специалистов (Richardson & Austad, 1994). Этот подход грозит поставщику лишь незначительным финансовым риском. Внимательный наблюдатель может увидеть, что процедуры, определяющие количество денег, выплаченное поставщику, всегда были большой проблемой для специалистов в сфере психического здоровья: психологов и психиатров (Resnick et al., 1994). Представитель ОЗ, или «страж» покрытия расходов, часто медик общего профиля, не сведущий в психиатрических заболеваниях и психосоциальном вмешательстве, контролирует доступ к получению терапии и иногда тип лечения, которое будет предоставлено (Resnick et al., 1994). При некоторых системах организованного здравоохранения стражем может быть специалист по бизнесу. В данном случае поставщики медицинских услуг нередко полагают, что такой специалист нередко препятствует предоставлению адекватного лечения, поскольку настаивает на том, чтобы клиницисты периодически оправдывались по поводу принятых ими решений о проведении лечения перед человеком, абсолютно не сведущим в вопросах психического здоровья. В подобных ситуациях часто возникают конфликты, а пациенты могут оказаться без необходимого соответствующего лечения (Resnick et al., 1994).

Программы организованного здравоохранения очень сильно различаются по способу и качеству предоставляемых медицинских услуг. Хотя по замыслу они должны обеспечивать предоставление самого эффективного лечения, решение о том, какое лечение следует применить, очень часто определяется соображениями бизнеса, а не лечения. Многие люди стали рассматривать ОЗ как область, в которой нужды пациента приносятся в жертву ради деловых интересов (Karon, 1995; Hoyt & Austad, 1992; Schreter, Sharfstein & Schreter, 1994).

Ограниченная по времени терапия

При покрытии расходов на услуги в области психического здоровья ОЗ отдает предпочтение менее дорогостоящим и трудоемким методам. Как и следовало ожидать, чаще всего ОЗ предоставляет такой метод лечения, как фармакотерапию. Ежегодно примерно 10% населения Соединенных Штатов принимают какие-либо прописанные психоактивные препараты (Klerman et al., 1994). Любопытно, что в настоящее время основную часть психотропных препаратов выписывают не психиатры, а обычные врачи. Некоторые системы организованного здравоохранения, пытаясь сохранить расходы на одном уровне, выступают за более широкое использование соматической терапии. Психосоциальные вмешательства, например индивидуальная психотерапия, не поощряются и ограничиваются несколькими сеансами. Долгосрочная психотерапия стала недоступной практически для всех, за исключением небольшого числа состоятельных частных клиентов (Lazarus, 1996). С другой стороны, часто предлагают проведение групповой психотерапии, поскольку ее стоимость считается приемлемой.

Большинство корпораций регулируемого здравоохранения приняли модель прицельного, краткосрочного, прерывистого лечения большей части психических нарушений (Cummings, 1995; Hoyt & Austad, 1992). Пациенты, которым требуется длительное лечение или госпитализация в стационаре, обычно не получают должного обслуживания в организациях организованного здравоохранения (Gabbard, 1994). Фактически эти организации препятствуют долгосрочному лечению психических расстройств. Например, большинство из них допускает только краткосрочное (не более 10 дней) пребывание в стационаре и 4–6 амбулаторных сессий. Решения относительно объема и типа предоставляемых услуг очень редко основаны на эмпирических критериях. Так, решение о том, провести 20 или 8 психотерапевтических сессий, принимается абсолютно произвольно и зачастую весьма удивительным образом как для практикующего терапевта, так и для пациента (Harwood et al., 1997).

Возник раскол между поставщиками медицинских услуг и менеджерами. Предоставление услуг часто определяется не суждением специалиста в области психического здоровья, а финансовыми соображениями. В результате практики грубо нарушают создавшуюся ситуацию. Один психолог (Sank, 1997) недавно высказал предположение о том, что специалистам в области психического здоровья, нарушившим конфиденциальность соглашения между терапевтом и пациентом и раскрывшим процесс терапии ОЗ, следует вменить в вину совершение этического преступления. Против организаций здравоохранения (ОЗ) были возбуждены уголовные дела в связи с неполучением соответствующих и необходимых услуг. Организации организованного здравоохранения обвиняют в небрежности, поскольку они обязаны

предоставлять услуги (Benda & Rozovsky, 1997). Слик (Sleek, 1997) недавно привел описание судебного дела, возбужденного семью психологами против корпорации, занимающейся регулируемым здравоохранением, за то, что она проигнорировала требование психолога, уменьшила необходимое количество сессий и не превысила расходов. Неизвестно, насколько сильное негативное воздействие подобные методы оказывают на предоставление услуг в сфере охраны психического здоровья. Однако, по всей видимости, этот конфликт будет лишь усиливаться в ближайшие несколько лет, поскольку предполагается, что организованное здравоохранение будет приобретать все больший контроль над сферой охраны психического здоровья. Некоторые независимые психологи и психиатры ушли из этой сферы деятельности, поскольку занятия психотерапией не приносили достаточного дохода.

Критики организованного здравоохранения утверждают, что нет никаких доказательств того, что усилия в этом направлении действительно контролируют расходы (Gabbard, 1994; Harwood et al., 1997), а ограничение выбора возможностей никак не обосновано с научной точки зрения (England, 1994). Некоторые отмечают, что административные расходы на центры организованного здравоохранения (включая высокие зарплаты чиновников ОЗ) превосходят все разумные границы. Так, по оценкам Габбарда (Gabbard, 1994), примерно одна четверть всех расходов на здравоохранение в Соединенных Штатах уходит на содержание руководства организованного здравоохранения.

Революция в системе здравоохранения породила явные противоречия в области психотерапии. Сфера охраны психического здоровья резко изменилась в силу экономических соображений. По-видимому, трудности будут лишь возрастать по мере того, как наше общество будет подходить к вопросам здравоохранения с точки зрения их стоимости и пока существует необходимость предоставлять услуги гражданам, которые отчаянно в этом нуждаются. Пока ясно лишь одно: сама природа профессий в сфере охраны психического здоровья изменилась. Однако еще предстоит определить, к лучшему или к худшему произошли эти перемены.

Резюме

Сегодня все чаще специалисты пытаются не только лечить нарушения психического здоровья, но и предупреждать их появление или по крайней мере уменьшать их эффект. Существует три уровня профилактики: 1) универсальное вмешательство, которое пытается уменьшить долгосрочные последствия заболевания; 2) избирательное вмешательство, которое нацелено на то, чтобы снизить вероятность развития заболевания и поощрять усилия, способствующие хорошему психическому здоровью в группах повышенного риска, и 3) предписанное вмешательство, которое пытается ослабить воздействие проблемы, которая уже возникла, или уменьшить ее продолжительность.

В течение последних нескольких лет возник ряд правовых вопросов, имеющих отношение к лечению пациентов с психическими проблемами. Повторно были рассмотрены проблемы, связанные с препровождением в психиатрическую больницу и лечением пациентов в стационаре. Если человек «психически болен», то это отнюдь не подразумевает принудительной госпитализации. Для этого должны

существовать доказательства того, что индивид представляет опасность для самого себя или общества. Очень непросто даже квалифицированным специалистам заранее определить, опасен ли человек и насколько велика вероятность того, что он причинит вред окружающим. Тем не менее иногда специалисты должны выносить такое суждение. Вынесенные недавно постановления суда подчеркивают ответственность специалистов, если пациенты, проходящие у них лечение, причиняют вред окружающим. Решение по делу Тарасофф гласит, что терапевт обязан защищать потенциальных жертв, если его пациент угрожает убить их.

Еще один важный вопрос судебной психологии касается защиты ссылкой на невменяемость в случае совершения преступлений, караемых смертной казнью. Многие специалисты в области психологии, психиатрии и права, журналисты и представители широкой общественности оспаривали защиту ссылкой на «невиновность по причине невменяемости» (*NGRI*). Оригинальный правовой прецедент, правило М'Нафтена, утверждает, что в момент совершения преступления обвиняемый должен страдать от дефекта рассудка, который не позволяет ему осознавать природу и качество своего поступка или то, что он совершает противоправное действие. Позднейшие уточнения признания невменяемости, например стандарт Американского института права, оставляет шанс людям, у которых не было диагностировано психотическое состояние, на признание *NGRI* (невиновен по причине невменяемости). Это расширение признания невменяемости привело к тому, что его стали использовать все чаще и чаще, а решения суда часто опирались на противоречивые заключения психиатров. Джон Хинкли, несостоявшийся убийца президента Рональда Рейгана, успешно использовал признание *NGRI*, что вызвало бурю протестов, которая заставила ужесточить законы о защите ссылкой на невменяемость. Одна из эффективных реформ состояла в том, чтобы переложить в таких случаях ответственность за сбор доказательств на защиту.

Огромное количество правовых споров недавно породила деинституционализация — выписка пациентов из общественных психиатрических больниц и невозможность обеспечить этих пациентов в общине соответствующим последующим лечением. Страстно желая закрыть крупные психиатрические заведения, чиновники недооценили тот объем ухода, который потребовался этим пациентам после выписки, в то же время переоценив возможности общины помочь пациентам с хроническими психическими расстройствами. Это вылилось в то, что некоторые пациенты с хроническими заболеваниями столкнулись с обстоятельствами, потребовавшими от них больших способностей к адаптации, нежели те, которыми они обладали. Последние работы, посвященные вопросам последующего ухода, содержат четкие указания по поводу выписки и последующего терапевтического лечения. Тем временем гораздо чаще стали прибегать к госпитализации в частные психиатрические больницы, хотя обычно это весьма дорогая альтернатива, доступная лишь состоятельным людям.

Существует множество организаций, занимающихся охраной психического здоровья. Охрана психического здоровья — первоочередная задача нескольких правительственных учреждений. Например, такие федеральные учреждения, как Национальный институт психического здоровья (*NIMH*), Национальный институт злоупотребления наркотиками (*NIDA*), и Национальный институт злоупотребле-

ния алкоголем и алкоголизма (*NIAAA*) поощряют проведение исследований, проводят обучение и предоставляют соответствующие услуги. Правительственные организации на уровне штатов и округов сосредоточивают свои усилия на предоставлении услуг в сфере психического здоровья населению на базе стационара или амбулатории.

В Соединенных Штатах составление программ в области психического здоровья входит в задачу нескольких профессиональных психологических организаций, многих корпораций и большого количества добровольческих организаций. Кроме того, такие международные организации, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирная федерация психического здоровья вносят свой вклад в программы охраны психического здоровья, проводимые во всем мире.

Изменения в индустрии здравоохранения породили множество нерешенных проблем, касающихся того, кто должен определять объем и форму лечения психических нарушений и кто отвечает за принятие решений в случае необходимости продолжить лечение.

Алфавитный указатель

Д

Ж

З

Н

О

П

Р

С

Т

У

Ф

Х

Ц

Ш

Э

Роберт Карсон, Джеймс Н. Батчер, Сьюзен Минека
Анормальная психология
11-е издание

Перевели с английского И. Малкова, А. Смирнов

Главный редактор *Е. Строганова*
Заведующий редакцией *Л. Винокуров*
Руководитель проекта *И. Карпова*
Выпускающий редактор *А. Борин*
Научный редактор *Б. Овчинников*
Литературный редактор *О. Скотникова*
Корректоры *Н. Дралова, И. Пьянкова, М. Рошаль*
Верстка *О. Бельмас*

Лицензия ИД № 05784 от 07.09.01.

Подписано в печать 24.12.03. Формат 70×100/16. Усл. п. л. 94,17.
Тираж 3000 экз. Заказ № 1418.

ООО «Питер Принт». 196105, Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 67в.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2; 953005 — литература учебная.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУП «Печатный двор» им. А. М. Горького
Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

Роберт Карсон — доктор психологии, специалист в области клинической психологии, руководитель отдела медицинской психологии при Дьюкском медицинском центре. Научные интересы доктора Карсона — интерперсональные аспекты психопатологии, однако сам он утверждает, что стремится учитывать все направления и избегать чрезмерной специализации.

Джеймс Н. Батчер — доктор психологии, профессор, специалист в области экспериментальной и клинической психологии. Автор-разработчик программ по преодолению психологических последствий катастроф. Член Американской психологической ассоциации. Автор 40 книг и свыше 175 статей по анормальной психологии, кросс-культурной психологии и оценке личности.

Сьюзен Минека — доктор психологии, специалист в области экспериментальной и клинической психологии. Член Американской психологической ассоциации и Американского психологического общества. Президент Общества научной клинической психологии (1994–1995 гг.), член исполнительного совета Общества по исследованиям в области психопатологии (1992–1994 гг.).

«Анормальная психология в современной американской интерпретации производит глубокое впечатление, граничащее с восхищением... На страницах книги развертывается полная драматизма картина "совладания" цивилизованного общества с многообразными "демонами" психических отклонений, одолевающими людей. Эта борьба проходит с переменным успехом, однако авторитет психологической науки неуклонно растет. Клиническая психология становится ведущей психологической дисциплиной. Возможно, что в недалеком будущем она окажется способной решать не только диагностические и лечебные, но и профилактические проблемы... Об этом, а также о многом другом заинтересованный читатель сможет узнать, прочитав эту книгу...»

Б. В. Овчинников, доктор медицинских наук, профессор ВМедА

ISBN 5-94723-308-8



